

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

PORUCHY SPÁNKU U ZDRAVOTNÍCH SESTER

Bakalářská práce

Autor práce: **Květoslava Mrázková**

Vedoucí práce: **MUDr. Lubomír Hadaš, Ph.D.**

2013

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

SLEEP DISORDERS OF NURSES

Bachelor's thesis

Author: Květoslava Mrázková

Supervisor: MUDr. Lubomír Hadaš, Ph.D.

2013

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....
(podpis)

Děkuji MUDr. Lubomírovi Hadašovi, Ph.D. za cenné rady a odbornou pomoc.
Dále děkuji sestřičkám za ochotu a snahu při vyplňování dotazníků.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 7 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 8 |
| 1. Spánek | 8 |
| 1.1 Historie studia spánku | 9 |
| 1.2 Fyziologie spánku | 10 |
| 1.2.1 Stadia spánku | 10 |
| 1.2.2 Spánkový cyklus | 12 |
| 1.2.3 Vegetativní a hormonální změny ve spánku..... | 13 |
| 1.2.4 Cirkadiánní rytmy | 14 |
| 1.2.5 Délka spánku..... | 16 |
| 1.3 Důsledky nedostatku spánku | 17 |
| 2. Insomnie | 19 |
| 2.1 Rozdělení insomnií..... | 20 |
| 2.1.1 Krátkodobá insomnie | 20 |
| 2.1.2 Chronická insomnie | 21 |
| 2.1.3 Primární insomnie | 21 |
| 2.1.4 Sekundární insomnie | 22 |
| 3. Léčba nespavosti | 23 |
| 3.1 Nefarmakologická léčba | 24 |
| 3.1.1 Kognitivně-behaviorální psychoterapie | 24 |
| 3.1.2 Spánková hygiena | 24 |
| 3.1.3 Relaxační techniky | 25 |
| 3.1.4 Akupunktura | 26 |
| 3.1.5 Akupresura..... | 26 |
| 3.1.6 Aromaterapie | 26 |
| 3.1.7 Fytoterapie | 26 |
| 3.1.8 Homeopatie | 27 |
| 3.1.9 Dietoterapie..... | 27 |
| 3.2 Farmakoterapie | 28 |
| 3.2.1 Hypnotika III. Generace | 28 |
| 3.2.2 Benzodiazepiny | 28 |
| 3.2.3 Jiné preparáty | 28 |
| 4. Sestra a spánek | 30 |
| 4.1 Zevní faktory ovlivňující spánek | 30 |
| 4.1.1 Teplota, vlhkost vzduchu..... | 30 |
| 4.1.2 Hluk | 30 |

| | | |
|------------------------------------|---|----|
| 4.1.3 | Partner | 31 |
| 4.1.4 | Jídlo | 31 |
| 4.1.5 | Kofein..... | 31 |
| 4.1.6 | Alkohol..... | 32 |
| 4.1.7 | Nikotin..... | 32 |
| 4.2 | Směnný provoz | 33 |
| 4.2.1 | Rady pro pracující ve směnném provozu | 34 |
| 4.3 | Stres..... | 35 |
| 4.3.1 | Stresor..... | 35 |
| 4.3.2 | Příznaky stresu..... | 36 |
| 4.3.3 | Zvládání stresu..... | 37 |
| 4.4 | Vztahy na pracovišti..... | 38 |
| 4.4.1 | Vztah sestra-pacient | 39 |
| 4.4.2 | Vztah sestra-lékař..... | 39 |
| 4.4.3 | Vztah sestra-sestra..... | 40 |
| 4.4.4 | Mobbing | 40 |
| 4.4.5 | Sexuální obtěžování | 40 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | | 41 |
| 5. | Cíle výzkumu | 41 |
| 6. | Výzkum | 42 |
| 6.1 | Metoda výzkumu..... | 42 |
| 6.2 | Výsledky šetření..... | 42 |
| 7. | Analýza výzkumu..... | 44 |
| 7.1 | Výsledky výzkumu..... | 44 |
| 7.2 | Hodnocení výsledků | 75 |
| 7.3 | Diskuze | 76 |
| Závěr | | 82 |
| Anotace | | 84 |
| Použitá literatura a prameny | | 86 |
| Seznam grafů | | 90 |
| Seznam tabulek..... | | 91 |
| Seznam obrázků..... | | 92 |
| Seznam příloh..... | | 92 |
| Přílohy | | 93 |

Úvod

Téma mojí bakalářské práce jsem si zvolila na základě zápočtové práce v 1.ročníku studia na lékařské fakultě. Výzkum jsem prováděla u zdravotních sester v nepřetržitém provozu a cílem práce bylo zjistit, které psychosomatické potíže se u sester projevují nejčastěji. Z několika možností, které byly nabídnuty v dotazníku, sestry uváděly jako nejčastější problém poruchy spánku. Při volbě tématu této práce jsem byla také ovlivněna každodenní praxí. Ranní stesky kolegyně typu „Od dvou nespím“, „Nemohla jsem usnout“, „Každou chvíli se budím“, zarudlé oči jako důsledek probdělé noci nejsou vzácností a jenom potvrzují výsledky mého výzkumu.

S nějakým druhem poruchy spánku se ve svém životě setkal snad každý. U zdravotních sester je pravděpodobnost vzniku spánkových poruch ještě více umocněna riziky spojenými s prací v nepřetržitém provozu. Nejenom každodenní působení mnoha stresorů nebo interpersonální vztahy na pracovišti, ale také osobní život sestry, úroveň spokojenosti v partnerském soužití, vztahy s ostatními členy rodiny, dětmi, finanční problémy a mnoho jiných faktorů může významně ovlivňovat spánek zdravotních sester.

Z mojí praxe je zřejmé, že velká skupina sester trpí poruchami spánku a stejně tak je patrné, že většina těchto kolegyně své potíže bagatelizuje. Zejména sestry pracující na směny vnímají problémy spojené se spánkem jako důsledek nepravidelného režimu, ke kterému to prostě patří.

Cílem mojí práce je zmapovat, v jaké míře zdravotní sestry trpí poruchami spánku, jakými faktory je jejich spánek ovlivňován nejčastěji, a pokud spánkovou poruchou trpí, jakým způsobem, pokud vůbec, se snaží tento problém řešit.

Domnívám se, že velké procento sester trpících nějakou poruchou spánku své problémy příliš neřeší, nebo je řeší ne úplně vhodným způsobem a tím paradoxně svoje problémy ještě zhoršují.

Svoji práci bych chtěla sestry seznámit se spánkovou problematikou, rozšířit jejich povědomí o spánku. Tato práce by měla sestry vést k zamyšlení nad příčinami jejich potíží se spánkem, seznámit s pojmem spánková hygiena a s tím spojených opatření, která napomáhají kvalitnímu spánku a předcházejí vzniku chronických poruch, jejichž náprava může být časově velmi náročná a komplikovaná.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Spánek

„Není nic, kvůli čemu bychom tak bláznili a po čem bychom tolik toužili, jako po té nejpožehnanější věci na světě – po spánku.“

Aldous Huxley

„Časně jít spát a časně vstávat, a budeš bohat, moudrý a zdrav.“

Franklin

Spánek je základní biologickou potřebou člověka, stejně jako voda, vzduch, potrava nebo teplo. Člověk prospí asi třetinu svého života. Spaním trávíme více času než péčí o děti, prací, setkáváním se s blízkými lidmi, přáteli. Tak velkou část života strávíme spánkem a tak málo času přemýšlením, zda je náš spánek dostatečně kvalitní a jakými způsoby by bylo možné jej zlepšit. Spánek je pro nás samozřejmostí, proces umožňující načerpání nových sil, který se prostě nějak „stane“ (Idzikowski, 2012, str.11).

Dostatečně dlouhý a kvalitní spánek je nezbytně nutný pro dobrou psychickou i fyzickou kondici. Přestože je spánek pro člověka ničím nenahraditelný, stále více jedinců svůj spánek zkracuje, považuje jej za ztrátu času.

V dnešní uspěchané době jsou stále více upřednostňovány hodnoty jako kariéra, výkon, peníze. Nároky společnosti na jedince se zvyšují, životní tempo se zrychluje, čas určený k odpočinku a relaxaci je omezován. S narůstajícím počtem civilizačních chorob se stále více zvyšuje počet lidí s poruchami spánku. Důsledky hektického života se projevují zejména u lidí ve velkých městech, kteří z velké části trpí emoční frustrací. Dochází k nárůstu sociální izolace a agresivity mladistvých (Borzová, 2009, str.9).

V minulosti byly provedeny laboratorní pokusy na zvířatech, která při odepření spánku umírala. Čím mladší zvíře, tím větší zranitelnost nedostatkem spánku. Dosud nebylo prokázáno, že by insomnie byla smrtelná i pro člověka, ale je jisté, že nedostatek spánku zhoršuje výkonnost během dne, je snížena schopnost soustředění, zvyšuje se nerozhodnost, při déletrvajícím nedostatku spánku se snižuje obranyschopnost organismu vůči infekci (Lavery, 1998, str.14).

1.1 Historie studia spánku

Historie studia spánku sahá již do období starého Egypta 3000 let př. n. l., kdy byl spánek spojován s bohy a byl považován za pasivní jev blízký smrti. Tuto teorii vyvrátil v 19. století Galvani, který objevil, že nervové buňky u zvířat produkují elektrické výboje. Elektrickou aktivitu mozku u lidí popsal v roce 1928 Hans Berger. Zasloužil se o vznik elektroencefalografie (EEG) a jako první odlišil rytmy bdělosti a spánku. Řízením rytmu spánku a bdění se zabýval ve 30. letech minulého století Hans Bremer. Svými experimenty na kočkách se zasloužil o pochopení anatomických poměrů mozku a funkcí, které souvisí s řízením rytmu spánku a bdění.

Nemalý význam v historii spánku měl objev elektrookulografie (EOG), o který se zasloužili chicagský profesor fyziologie Nathaniel Kleitman a jeho žák Eugen Aserinsky. Pomocí této metody je možné snímání elektrické aktivity při pohybech očních bulbů. EOG spojili se snímáním EEG a zjistili, že charakter očních pohybů je spojen s odlišnou charakteristikou EEG.

V roce 1957 Dement a Kleitman popsali REM (rapid eye movement) spánek provázený rychlými očními pohyby a NREM (non-REM) spánek, který není těmito pohyby provázen. Objev REM spánku znamenal bouřlivý rozvoj výzkumu spánku a spánkové medicíny v druhé polovině minulého století, Sigmund Freud prováděl psychoanalýzu snů u emočně a psychicky nemocných.

Michel Jouvet obohatil rozvoj spánkové medicíny výzkumy v oblasti fyziologie a patofyziologie spánku, v r. 1962 se zasloužil o objev polysomnografie.

Průkopníkem v oblasti spánkové medicíny v naší republice, ale také v zahraničí byl Doc. MUDr. Bedřich Roth, DrSc. V roce 1951 začal vyšetřovat nemocné s narkolepsií a hypersomnií. Na přelomu 50. a 60. let minulého století vybudoval na Neurologické klinice v Praze první spánkovou laboratoř u nás. V 60. a 70. letech nashromáždil nejpočetnější skupinu pacientů trpících narkolepsií a hypersomnií na světě (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.21-22).

V oblasti výzkumu cirkadiánní rytmicity se nesmazatelně zasloužila RNDr. Helena Illnerová, která je zakladatelkou chronobiologie, nauky o časovém systému v živých organismech u nás.

V 70. letech dochází k rozvoji diagnostiky syndromu spánkové apnoe. Australský lékař Colin Sullivan v r. 1981 představil přístroj vytvářející trvalý přetlak

v horních dýchacích cestách, zabraňující tak vzniku apnoických pauz. Spánková problematika se postupně rozšířila i do jiných medicínských a teoretických oborů. Postupně vznikají další centra zabývající se poruchami spánku a bdění, v r. 2001 byla založena Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu (ČSVSSM) (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.23).

Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu sdružuje lékaře, psychology, biology, střední zdravotnické pracovníky, studenty, učitele a vědecké pracovníky v oboru spánku a bdění. Společnost se zabývá diagnostikou poruch spánku a bdění a usiluje o rozvoj její optimální léčby. Cílem je snaha o zlepšení kvality zdravotnické péče o tyto pacienty. Své iniciativy koordinuje s Evropskou společností pro výzkum spánku (ESRS - European Sleep Research Society) (sleep-society, online).

1.2 Fyziologie spánku

Nevšímalová definuje spánek takto: „*Spánek je rytmicky se vyskytující stav organismu charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou a většinou i druhově typickou polohou, typickými změnami aktivity mozku zjištěnými elektroencefalografií a u člověka sníženou, resp. změněnou kognitivní činností. Spánek je okamžitě reverzibilní stav.*“ (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.27)

1.2.1 Stadia spánku

Rozlišují se dvě fáze spánku: NREM – non-rapid eye movement

REM – rapid eye movement

NREM spánek – rozlišujeme 4 stadia:

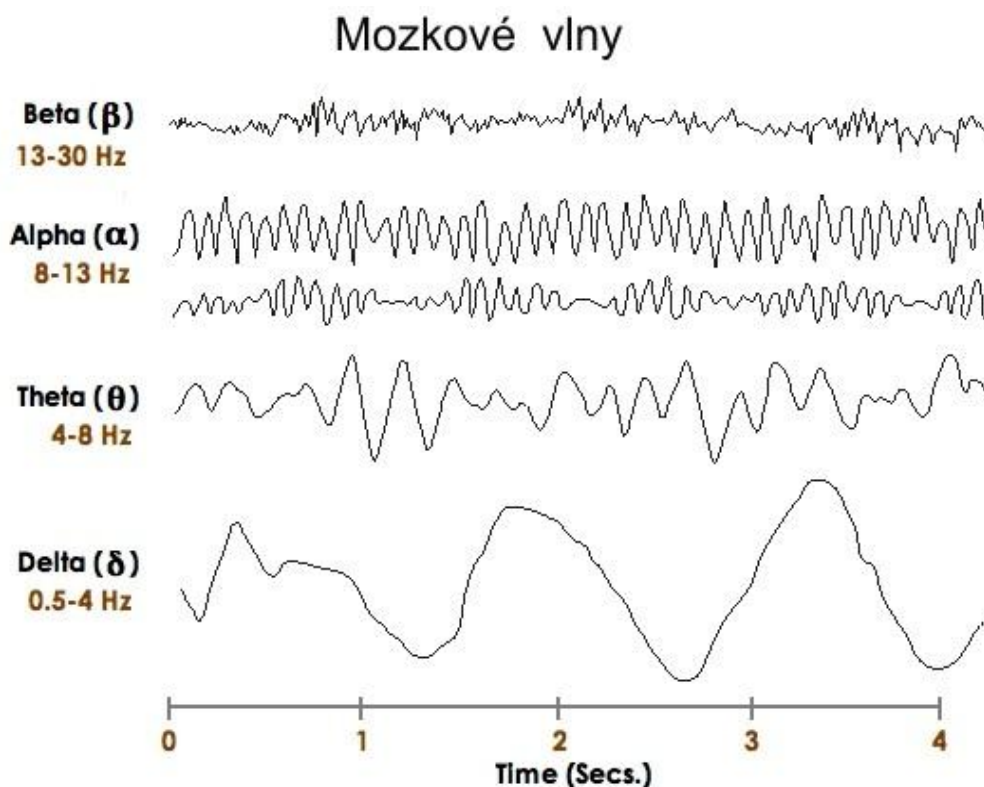
1. stadium – usínání. V tomto stadiu jsou přítomny pomalé pohyby očních bulbů, svalové napětí se snižuje. Na hlasité oslovení se probudíme. V klidné poloze s otevřenými očima převládá na záznamu EEG rytmus beta o frekvenci 14-30 Hz, se

zavřenýma očima se objeví rytmus alfa o frekvenci 8-13 Hz. V době usínání mizí rytmus alfa, přibývá vln theta o frekvenci 4-7 Hz.

2.stadium – lehký spánek. Toto stadium se vyznačuje dalším zpomalením elektrické činnosti mozku, jsme pohrouženi do spánku, dochází ke ztrátě kontaktu s okolím. Nejsou přítomny pohyby očních bulbů. Objevují se skupiny vln o frekvenci 12-14 Hz, tzv. spánková vřeténka a komplexy K (ostrá bifázická vlna a série rychlých vln jako spánkové vřeténko).

3.stadium a 4.stadium – hluboký spánek. Dochází k dalšímu zpomalení elektrické činnosti mozku, oční bulby jsou bez pohybu. Ve 3. stadiu převládají vlny theta, v četném množství jsou přítomny vlny delta o frekvenci 0,5-3,5 Hz, dále spánková vřeténka a K komplexy.

Ve 4. stadiu převládají vlny delta z více než 50% (Prusinski, 1993, str.16-17).



Obrázek 1 - Mozkové vlny (silent-voice.webnode, online)

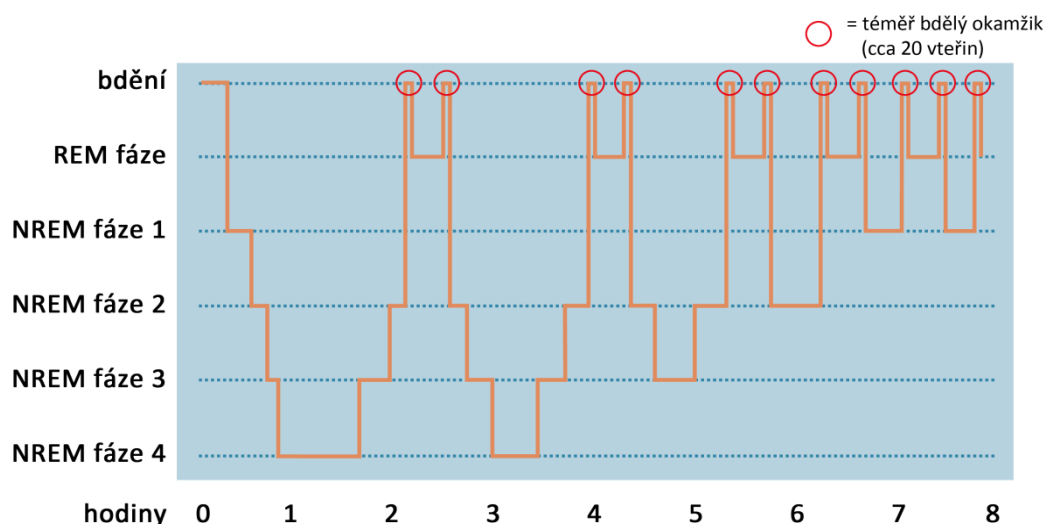
REM spánek

V REM fázi probíhá intenzivní činnost mozku, která je srovnatelná se stavem bdělosti, což se projevuje desynchronizovanou aktivitou na EEG, vysokým metabolismem mozku a bohatou snovou aktivitou (Nevšimalová, Šonka, 2007, str.37-38). Jsou přítomny nepravidelné, rychlé pohyby očních bulbů, dochází k úplné ztrátě svalového napětí, mohou se objevit krátké svalové záškuby. Na EEG jsou přítomny vlny theta a alfa. Spánková vřetena a K komplexy se nevyskytují. Typické jsou pilovité vlny o frekvenci 2-4 Hz (Nevšimalová, Šonka, 2007, str.71-72).

1.2.2 Spánkový cyklus

Spánková stadia se během spánku opakují, jak ukazuje obrázek č.2 na str.13. Nejdříve se vyskytuje fáze NREM a poté se dostavuje REM spánek. Vzniká tzv. spánkový cyklus. V prvním cyklu se vyskytuje z větší části spánek NREM 3 a 4, REM spánek je krátký, nebo chybí. V dalších cyklech se stadia NREM 3 a 4 zkracují, spánek REM a NREM 2 se prodlužuje. U mladého zdravého člověka, spícího průměrně 8 hodin denně, připadá na fázi NREM 1 odhadem 1% spánku, na fázi NREM 2 45-50% spánku, spánek NREM 3+4 představuje 20% a fáze REM 25% celkové doby spánku (Nevšimalová, Šonka, 2007, str. 73).

Během nočního spánku se objeví 4-5 spánkových cyklů, které trvají 90-120 minut. Při přechodu mezi spánkovými stadii dochází ke krátkému probuzení, které většina lidí vůbec nepostřehne a opětovně usne. U jedinců trpících poruchami spánku však může strach z probuzení navodit stresovou reakci, která neumožní opětovné navození spánku třeba i několik hodin. Usnutí mezi jednotlivými cykly mohou bránit i rušivé vnější vlivy (světlo, hluk) (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.16).



Obrázek 2 - Fáze spánku (sleeptracker, online)

1.2.3 Vegetativní a hormonální změny ve spánku

Během spánku dochází ke změnám základních vegetativních funkcí.

Krevní tlak se snižuje v NREM spánku o 5-15%, ještě výraznější pokles nastává v REM spánku. Pacienti trpící stenózami koronárních cév jsou v důsledku poklesu krevního tlaku ohroženi vznikem ischemie nebo infarktu myokardu.

Srdeční frekvence se snižuje v NREM spánku, v REM spánku je srdeční frekvence variabilní v důsledku měnící se aktivity sympatiku nebo parasympatiku. U pacientů s ischemií myokardu je větší pravděpodobnost vzniku srdečních arytmií a infarktu myokardu.

Dýchání v době usínání je spojeno s větší pravděpodobností vzniku ventilačních abnormalit, v této fázi může dojít ke střídání hypoventilace s hyperventilací. Ve fázi NREM 2 a zejména 3 a 4 se dýchání stabilizuje, pro tento úsek spánku je charakteristická pomalejší frekvence dýchání, je snížený dechový objem. V REM spánku je dýchání nepravidelné.

Tělesná teplota během spánku kolísá, v NREM spánku je stabilní. Během REM spánku je snížena termoregulační reaktivita, teplotu těla ovlivňuje zejména teplota okolního prostředí.

Hormonální změny. Spánek ovlivňuje sekreci některých hormonů. Sekrece růstového hormonu a prolaktinu se během spánku zvyšuje, po probuzení je přerušena. Produkce kortizolu a thyreotropinu je ve spánku snížena, po probuzení naopak dochází k jejich zvýšenému uvolňování. Ovlivněny jsou také gonadotropní hormony, hormony řídící metabolismus cukrů, vodní a elektrolytové hospodářství.

Vysokých hladin během spánku dosahuje hormon ghrelin, který se tvoří zejména v žaludku a stimuluje chuť k jídlu. Další významný hormon ovlivňující chuť k jídlu je leptin, jehož hladina ve spánku stoupá. Při nedostatku energie, který může souviset s nedostatkem spánku, hladina leptinu klesá a současně se zvyšuje pocit hladu.

Trávicí systém. Spánkem je ovlivňována také funkce trávicího systému. Snížení žaludeční aktivity je v průběhu 24 hodin nejvýraznější právě během spánku, je snížena také aktivita tenkého a tlustého střeva. Ranní nucení na stoličce je známkou obnovení peristaltiky tlustého střeva po probuzení.

Imunita. V počáteční fázi akutního infekčního onemocnění dochází ke zmnožení NREM spánku, REM spánek se zkracuje. Dostatek spánku má pozitivní vliv na imunitu (Nevšimalová, Šonka, 2007, str.38-42).

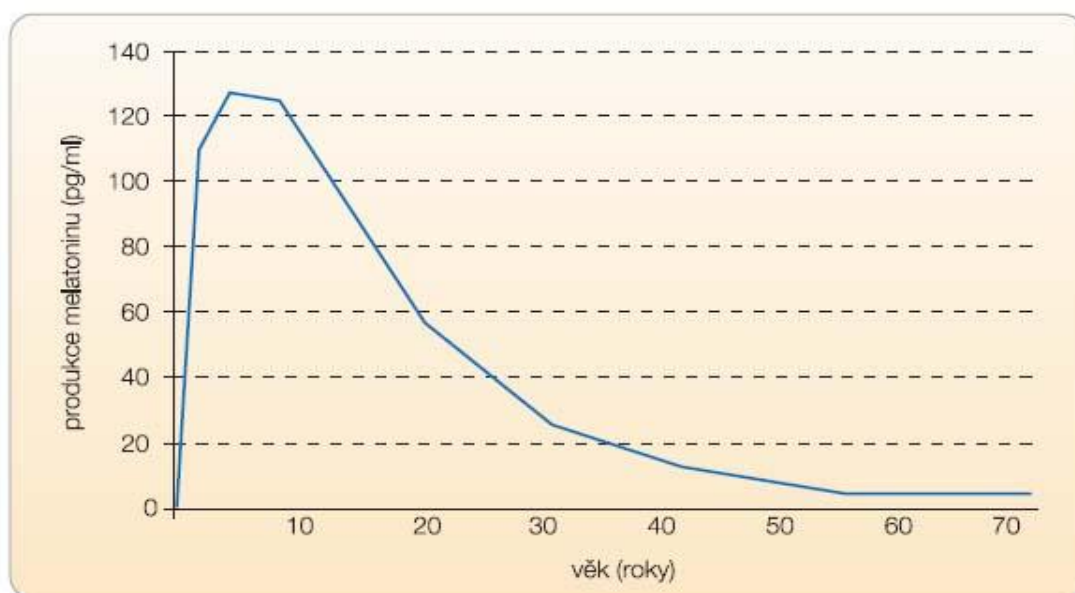
1.2.4 Cirkadiánní rytmy

Živé organismy vykazují denní rytmy, které jsou organismu vrozené. Střídání biorytmů se netýká pouze spánku a bdění, ale člověk vykazuje i rytmy např. v tělesné teplotě, tvorbě a uvolňování různých hormonů, v metabolické aktivitě, v psychickém a fyzickém výkonu.

Rytmy vykazující periodu o něco delší než je 24 hodin, jsou volně běžící a nazývají se proto rytmy cirkadiánní, z latinského circa (zhruba) a diem (den).

Cirkadiánní rytmy jsou řízeny biologickými hodinami v tzv. suprachiasmatických jádrech, která jsou uložena ve středním hypothalamu. Suprachiasmatická jádra vytvářejí volně běžící rytmus, jehož perioda je delší než 24 hodin u 90% lidí. Cirkadiánní rytmy jsou synchronizovány s vnějším, 24 hodinovým dnem. Nejdůležitějším vnějším synchronizátorem cirkadiánních rytmů je pravidelné střídání světla a tmy, pro synchronizaci má mimořádný význam zejména světlá část dne.

Cirkadiánní rytmus je určován nejen světelnou periodou, ale také sekrecí hormonu melatoninu (Illnerová, Sumová, 2008). Melatonin je tvořen v epifýze, odkud je uvolňován do krevního oběhu. Jeho hladina se zvyšuje po nástupu tmy a vrcholí uprostřed noci. Melatonin je nejen významným regulátorem spánku, ale ovlivňuje i jiné fyziologické funkce jako krevní oběh, tělesnou teplotu, metabolismus, produkci pohlavních hormonů, imunologické reakce aj. Má významné antioxidační účinky, ovlivňuje proces stárnutí (Strunecká, 2010).



Obrázek 3 - Křivka sekrece melatoninu u člověka v závislosti na věku (remedia, online)



Obrázek 4 - Křivka sekrece melatoninu u člověka v závislosti na denní době (remedia, online)

U některých jedinců může vzniknout **porucha cirkadiánní rytmicity**, kdy cirkadiánní systém volně běží časem s vlastní vnitřní periodou. Tuto poruchu můžeme pozorovat např. u nevidomých, kteří postrádají jakékoli vnímání světla, ale také u pracovníků ve směnném provozu nebo u lidí s nepravidelným denním řádem. Nedostatečná synchronizace cirkadiánních hodin s vnějším dnem může být příčinou i sezónní afektivní poruchy, která vzniká v době nástupu krátkých podzimních a zimních dnů. K desynchronizaci dochází také po přeletu více časových pásem, kdy vzniká prodleva vnitřních biologických hodin za dobou doletu, tzv. jet lag. Fyziologicky slábne cirkadiánní rytmus ve stáří.

Bylo prokázáno, že narušením cirkadiánního rytmu se zvyšuje riziko některých nádorových onemocnění, zejména karcinomu prsu. U jedinců spících málo, pracujících ve směnném provozu a starších lidí je popisován zvýšený výskyt obezity a metabolického syndromu (Sumová, Illnerová, 2008).

Vážným narušením cirkadiánního rytmu mohou trpět pacienti dlouhodobě hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče. Spánek těchto pacientů narušují celých 24 hodin intervence ošetrovatelské a lékařské péče, neustávající hluk přístrojů a světlo. U těchto pacientů se enormně zvyšuje riziko psychotických reakcí, jako jsou dezorientace, poruchy nálad, agitovanost, iluze až halucinace. Dochází k potlačení imunitních reakcí, poškození proteinové syntézy, která je důležitá pro dobré hojení ran (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.332).

1.2.5 Délka spánku

Potřeba spánku u dospělého člověka je individuální. Zdravý dospělý člověk spí průměrně 6-8 hodin každý den. Některým jedincům však stačí 5 hodin spánku, někdo potřebuje spát 9-10 hodin denně. Během našeho života se potřeba spánku mění. Kojenec potřebuje spát 18-20 hodin denně, někdy i více, předškolákovi stačí asi 12 hodin, dospívající by měl spát alespoň 8 hodin denně. U seniorů je trvání spánku nižší, ale nemusí to být pravidlem (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.18-19).

Dle epidemiologických studií je spánek během letních měsíců až o 1 hodinu kratší než v zimě a také u žen je potřeba spánku téměř o hodinu delší než u mužů. Potřeba spánku a zejména jeho „načasování“ jsou do určité míry ovlivněny také

geneticky. Jedinci usínající v pozdních večerních a nočních hodinách jsou tzv. „večerní“ typy, které převažují zejména u mladší části populace, naopak „ranní“ typy, vyskytující se zejména ve vyšším věku a ve stáří, mají posunutý spánek do večerních a časných nočních hodin a probouzejí se brzy ráno (Nevšímalová, 2005).

Mění se také denní rozložení spánku. Novorozenci mají tzv. polyfázický spánek, spí pravidelně několikrát denně. Kojenci mají spánek trifázický, kromě dlouhého nočního spánku spí dvakrát během dne. Děti předškolního věku spí během dne jednou a postupně nastupuje spánek monofázický, kdy denní spánek úplně odpadá. U seniorů se spánek během dne znovu objevuje, může se stát i polyfázickým nebo invertovaným, kdy člověk během dne spí a v noci je vzhůru (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.18-19).

1.3 Důsledky nedostatku spánku

V dnešní uspěchané době se snažíme stíhat nemožné, zkracujeme spánek, den nastavujeme ráno i večer, a v noci stále častěji trpíme nespavostí. Rubin Naiman, odborník v integritní spánkové medicíně uvádí, že jsme si za posledních sto let zkrátili dobu spánku o 20 procent. Dle Naimana mnozí lidé nahrazují spánek jiným způsobem, čímž potlačí ospalost, ale skutečný spánek nenahradí (Nováková, 2011).

Zejména dlouhodobý nedostatek kvalitního a dostatečně dlouhého spánku může být příčinou mnoha symptomů, které výrazně snižují kvalitu našeho života. Pokud je člověk spánku zbaven, hovoříme o spánkové deprivaci. **Akutní spánková deprivace** způsobuje pokles výkonnosti, je snížena schopnost učit se, dochází ke změnám nálady. Fyzická kondice a odpověď kardiovaskulárního aparátu na fyzickou zátěž se nemění, je však snížena schopnost termoregulace.

Chronická spánková deprivace způsobuje nadměrnou denní spavost, snižuje se výkonnost a schopnost soustředit se. Objevují se poruchy nálady, zvyšuje se výskyt depresivních stavů, snižuje se motivace, při výkonu každodenních činností je třeba větší vůle. V důsledku chronické spánkové deprivace výzkumy potvrzují změny některých imunologických parametrů.

Během posledních let je chronický nedostatek spánku u populace spojován s nárůstem obezity (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.44-45). Mechanismus vzniku

obezity v souvislosti s nedostatkem spánku popsal Patel a Hu. Nedostatkem spánku dochází k poklesu hladiny hormonu leptinu a nárůstu hladiny hormonu ghrelinu, čímž je zvyšován pocit hladu a chuť k jídlu. Zvýšená únava během dne v důsledku nedostatku spánku přispívá ke snížení fyzické aktivity, snížení energetického výdeje a rozvoji obezity. I přesto, že není prokázáno, že by prodloužení spánku vedlo ke snížení tělesné hmotnosti, je zřejmé, že nedostatek spánku narušuje vnitřní regulační mechanismy a přispívá ke vzniku metabolických poruch a tím nárůstu tělesné hmotnosti (Piskáčková, Forejt, Martykánová, 2012).

V důsledku spánkových poruch dochází ke fragmentaci nočního spánku, která je spojená se změnami jednotlivých spánkových stadií a probouzecími reakcemi, které jsou provázené zvýšenou sekrecí adrenalinu, noradrenalinu, plazmatického ACTH a kortizolu. V důsledku zvýšené sekrece stresových hormonů a autonomní deregulace se zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, dochází ke změně krevního tlaku, srdeční činnosti, zvyšuje se hladina cholesterolu, triacylglycerolů. Je ovlivněna hemostáza, viskozita krve se zvyšuje, krevní průtok zpomaluje. Zvyšuje se inzulinová rezistence a dispozice k diabetu. Nedostatečný spánek snižuje obranyschopnost organismu, je snížena odolnost proti infekcím (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.326).

Epidemiologické studie ale ukázaly, že rizikový není jen nedostatečný spánek, ale také spánek prodlužovaný a nadbytečný. Dle dotazníkové studie Kripkeho a spol. je nejnižší riziko mortality u jedinců spících 7 hodin denně. Úmrtnost se zvyšovala se zkrácením nočního spánku pod 6 hodin a prodloužením nad 8 hodin. Nejvyšší riziko úmrtnosti na cerebrovaskulární příhody bylo zjištěno u jedinců spících během noci více než 9 hodin. Obdobně Patel a spol. uvádějí nejnižší riziko mortality u jedinců spících v noci 6-7 hodin. Při délce nočního spánku méně než 5 hodin a více než 9 hodin se riziko mortality zvyšuje. Délka našeho života je také ovlivněna vrozenými dispozicemi, které souvisí s duševním rozpoložením, náladou. Dle výzkumu u starších jedinců se optimisté dožívají vyššího věku než pesimisticky laděné osobnosti, což je patrné zejména u mortality na onemocnění kardiovaskulárního aparátu a u mužů (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.325-326).

2. Insomnie

„Nespavost patří mezi nejčastější poruchy v populaci.“ (Smolík, Pretl, Konštický, 2011, str.3). V roce 2006 byla prevalence nespavosti v Evropě, USA a na Novém Zélandu 33,6%, v Evropě v roce 2008 41% (Borzová, a kol., 2009, str.32). Každý člověk se ve svém životě alespoň jednou setkal s akutní insomnií. Chronickou nespavostí trpí kolem 20% populace, v současnosti se odhaduje výskyt na 5-35%. Prevalence insomnie se zvyšuje s věkem. Narůstající výskyt insomnie v populaci je spojován s několika faktory, jako je zrychlující se životní tempo, stoupající průměrný věk populace a nepravidelný režim spánku a bdění (Smolík, Pretl, Konštický, 2011, str.3).

„Nespavost je definována poruchou usínání, přerušovaným spánkem (častým) a/nebo časným probouzením. Jedna či všechny uvedené podmínky vedou k nedostatečnému množství spánku, jehož důsledkem jsou stesky na neodpočatost a únavu.“ (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.87)

Borzová dělí formy nespavosti takto:

- Časná nespavost - projevuje se ztíženým usínáním
- Střední nespavost - projevuje se probouzením během noci
- Pozdní nespavost - probouzení časně nad ránem a neschopnost opětovně usnout (Borzová, a kol., 2009, str.32)

Spánek může být nemocným, který trpí insomnií vnímán jako lehký, neosvěžující. Potíže se spánkem se objevují buď samostatně, nebo se mohou kumulovat. Přesto, že se subjektivní potíže pacienta mnohdy neshodují s polysomnografickým záznamem, subjektivní vnímání pacientem by nemělo být v žádném případě podceňováno. Někteří jedinci potřebují k pocitu dostatečného odpočinku 9-10 hodin spánku denně, naopak jsou lidé, kteří spí méně než 6 hodin denně a subjektivně nepocítují žádné problémy v osobním ani pracovním životě.

Problémy se spánkem příliš neřeší pacienti, kteří vnímají nespavost jako důsledek jiného onemocnění, nespavost je symptomem jiného onemocnění, tzv. komorbidita (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.88-89).

Insomnie se v počáteční fázi nemoci nejčastěji projevuje poruchou usínání, později je typickým projevem neschopnost spánek udržet. U jedinců trpících primární

insomnií se počáteční příznaky nemoci objevují nejčastěji ve věku mezi 20. a 30. rokem, ale insomnie může vzniknout kdykoli během života. Začátek nemoci může mít náhlý, ale i pozvolný průběh. Vyvolávajícím faktorem bývá nejčastěji nějaká stresující životní událost, kdy u větší části jedinců je typický náhlý vznik potíží, které trvají krátkou dobu a současně s odezněním stresující situace ustupují. U predisponovaných jedinců však může nespavost přetrvávat i delší dobu, přechází do chronického stadia (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.96-97).

Dle Mezinárodní klasifikace poruch spánku ICSD 2 vydanou v roce 2005 Americkou akademií spánkové medicíny jsou poruchy spánku rozděleny do osmi základních etiologických skupin.

1. Insomnie
2. Poruchy dýchání související se spánkem
3. Hypersomnie z centrální příčiny
4. Poruchy cirkadiánního rytmu
5. Parasomnie
6. Poruchy pohybu ve spánku
7. Izolované příznaky, varianty normy
8. Ostatní poruchy spánku

Všechny nemoci výše uvedené mají nebo mohou mít insomnií jako svůj symptom (Šonka, Pretl, 2009, str.11).

2.1 Rozdělení insomnií

Praško rozděluje nespavost dle délky trvání na krátkodobou a chronickou. Obecně lze dělit insomnie na primární a sekundární.

2.1.1 Krátkodobá insomnie

Krátkodobá insomnie trvá krátce, několik dnů až maximálně tři týdny. Vzniká jako reakce na nějaký stresor. Stresorem mohou být pracovní, rodinné problémy, bolest, narušení denního režimu (spánek přes den), změny zevních podmínek (změna lůžka,

hluk, teplo nebo zima, změna prostředí), jet lag syndrom (změna časového pásma), hormonální změny v průběhu menstruačního cyklu u žen apod. U jedinců trpících akutní, krátkodobou nespavostí se mohou projevovat příznaky jako bolesti hlavy, změny nálad, únava, menší výkonnost. S tímto typem nespavosti se v životě setká většina jedinců, nemá závažnější klinický význam, ale přesto je důležité se hned od počátku zamyslet nad příčinou a zabránit tak její chronifikaci (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.26).

2.1.2 Chronická insomnie

O chronické insomnii hovoříme v případě, kdy se potíže se spánkem objevují alespoň třikrát týdně po dobu delší než jeden měsíc

2.1.3 Primární insomnie

U pacientů s primární insomnií je nespavost jediným příznakem, nejsou přítomny příznaky jiných chorob. Vznik tohoto typu insomnie se velmi často spojuje s nedostatečnou spánkovou hygienou (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.28).

Nejčastější je **psychofyzilogická insomnie**, která je naučená. U disponovaných osob nějaký spouštěč (stresor) vyvolá poruchu spánku. Nemocný se začne soustředit na usínání, následky špatného spánku druhý den, předvídá důsledky nespavosti, obává se jich, nemůže spát. Další den se situace opakuje a bludný kruh pokračuje.

Subjektivní stav, kdy si pacient stěžuje na nespavost, ale doba spánku je normální, se nazývá **paradoxní insomnie**.

V případě **insomnie způsobené léky nebo návykovými látkami** mají velký vliv sedativa a některé povzbuzující látky jako kofein, kokain, amfetaminy apod. Z lékových skupin způsobují poruchy spánku nejčastěji antidepresiva, antihypertenziva, hypolipidemika aj. Patří sem také užívání alkoholu k navození spánku, ale vzniká tolerance, dávky alkoholu je nutné zvyšovat, hrozí tak riziko vzniku závislosti (Šonka, Pretl, 2009, str.15-24).

2.1.4 Sekundární insomnie

Sekundární insomnie se projevuje jako důsledek jiného onemocnění. Nejčastější příčinou sekundární insomnie jsou onemocnění psychického původu, např. deprese, mánie, schizofrenie, neurotické a organické poruchy, zneužívání návykových látek, poruchy příjmu potravy aj. Jedinci trpící touto poruchou spánku se problémy se spánkem zabývají, ale svoje emoční problémy způsobující nespavost vidět nechtějí, popírají je, nebo se za ně stydí (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.29).

Nejen psychická, ale také tělesná onemocnění a jejich léčba mohou být příčinou spánkové poruchy. Nejčastěji se vyskytující somatická onemocnění spojená s poruchou spánku jsou např. onemocnění srdce a cév, choroby plic a dýchacích cest, vředová choroba žaludku a duodena, kožní onemocnění, choroby pohybového aparátu aj. (Borzová, a kol., 2009, str.123-125).

3. Léčba nespavosti

U jedinců trpících nějakou poruchou spánku obvykle nastane období, kdy důsledky spánkové poruchy začínají být pro ně obtěžující a přinutí „nеспavce“ přemýšlet, jak se těchto problémů zbavit. Někteří se mohou pokusit upravit svůj denní režim, jiní použijí nějaké alternativní prostředky anebo se rovnou snaží najít lékaře, který jim předepíše hypnotika.

Dle Palazzola praktičtí lékaři předepisují hypnotika s velkou ochotou, aniž by se zajímali o příčiny poruch spánku. Dle americké studie byla 88% pacientům předepsána sedativa bez předchozího dotazu na kvalitu spánku (Palazzolo, 2007, str.34-35).

Pokud se objeví příznaky některé poruchy spánku nebo bdění, rozhodne lékař o nutnosti vyšetření u specialisty. Naléhavost doporučení k návštěvě odborné poradny nebo spánkové laboratoře je ovlivněna zejména mírou snížení kvality života (Borzová, a kol., 2009, str.18-19).

Poruchami spánku se v České republice zabývají specializovaná neurologická a psychiatrická pracoviště, na kterých se vyšetření pacienta zahajuje především důkladným rozhovorem. Cílem je získat co nejvíce informací týkajících se životního stylu, přidružených onemocnění a jiných faktorů, které by se mohly podílet na spánkové poruše (Borzová, a kol., 2009, str.131).

Léčba nespavosti má dva cíle:

- Odstranit nespavost, dosáhnout usínání bez obtíží, zajistit dostatečně dlouhý a přirozený spánek
- Docílit pocitu odpočatosti následující den (Prusinski, 1993, str.40)

Základním předpokladem zahájení léčby nespavosti je určení její příčiny, od které se dále odvíjí léčba. Nemá například význam nasazovat hypnotika pacientovi, u kterého je příčinou nespavosti bolest. Hypnotika sice mohou spánek nastartovat, ale příčina tím není odstraněna a výsledkem je pouze vysoká dávka nevhodně zvoleného léku.

Obecně lze terapii rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou (Borzová, a kol., 2009, str.48).

3.1 Nefarmakologická léčba

3.1.1 Kognitivně-behaviorální psychoterapie

V léčbě nespavosti bez podávání léků se využívá hlavně kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT). Je zaměřena na způsoby myšlení, formy chování a návyky, které negativně ovlivňují spánek nebo udržují depresivní poruchu.

Behaviorální terapie má oproti terapii farmakologické nesporné výhody. Nemocný si nevypěstuje závislost na lécích, jsou odstraňovány nevhodné návyky související se spánkem. Na rozdíl od farmakoterapie je to léčba ovlivňující příčiny i důsledky, efekt léčby je dlouhodobý (Borzová, a kol., 2009, str.51-55).

3.1.2 Spánková hygiena

Jednou ze složek behaviorální terapie jsou pravidla spánkové hygieny, jejichž dodržování může spánek výrazně ovlivnit. Edukace ve spánkové hygieně spolu s obecným psychoterapeutickým pohovorem je mnohdy účinnější než náročné psychoterapeutické techniky a odvykání od medikace.

Základy spánkové hygieny

1. Od pozdního odpoledne nepijte kávu, černý, zelený čaj, kolu, různé energetické nápoje a omezte jejich požívání přes den. Působí povzbudivě a ruší spánek.
2. Poslední jídlo zařaďte 3-4 hodiny před ulehnutím, večer nekonzumujte těžká jídla.
3. Před spaním neřešte věci, které Vás rozruší. Připravte se na spánek příjemnou činností, zbavte se stresu.
4. Spánek může zlepšit lehká procházka po večeri. 3-4 hodiny před ulehnutím necvičte, provádějte tyto aktivity před večerí, Váš spánek může být narušen.
5. Nepijte alkohol pro lepší usnutí – alkohol zhoršuje kvalitu spánku.
6. Nekuřte před usnutím a v noci, nikotin povzbuzuje.

7. Odstraňte z ložnice televizi, v posteli nečtěte, neodpočívejte, nejezte. Postel užívejte ke spánku a k pohlavnímu životu.
8. Minimalizujte hluk a světlo v místnosti, kde spíte, vhodná teplota je 18-20°C.
9. Uléhejte a vstávejte ve stejnou dobu každý den, i o víkendu.
10. Omezte pohyb v posteli na nezbytně nutnou dobu, v posteli se nepřevalujte, postel není určena k přemýšlení.

KBT je dle výzkumů nejúčinnější v léčbě chronické insomnie, někdy je však nutné kombinovat tento druh terapie s farmakologickou léčbou (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.107-108).

3.1.3 Relaxační techniky

U jedinců trpících poruchou spánku má schopnost ovládat relaxační techniky velký význam. V důsledku obav a strachu z nekvalitního spánku dochází ke zvýšenému napětí svalstva, podrážděnosti, a právě některý způsob relaxace může pomoci odstranit tělesné a duševní napětí i průvodní vegetativní projevy (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.61).

Nabízí se různé způsoby relaxace, od úplně jednoduchých, které je možné provádět bez zvláštní předchozí přípravy, až po relaxační cvičení, která jsou hlubší podobou relaxace a vyžadují nejdříve důkladný nácvik techniky. Teprve po dobrém zvládnutí je možné techniku využívat k navození spánku.

Relaxací bez zvláštní přípravy může být obyčejná **procházka v přírodě**. Důležité je umět zapomenout na problémy každodenního života a vnímat pouze krásy přírody. Krátká procházka může pomoci odstranit z vědomí starosti a trápení, navodit tak celkové zklidnění organismu.

Rychle snížit napětí může pomoci krátká relaxace se zaměřením na **dýchání**. Cílem dechové relaxace je zpomalení a prohloubení dýchání, tím se sníží napětí, předrážděnost, dojde ke zlepšení usínání. Při nácviku je nutné dobře se naučit prohlubovat tzv. brániční dýchání, po zvládnutí se pracuje na frekvenci dechů.

Velmi úspěšná relaxační metoda, která vyžaduje dobré zvládnutí techniky je **autogenní trénink profesora Schultze**. Tento druh relaxačního cvičení vypracoval

berlínský lékař profesor J.H.Schultz, jehož cílem je uvolňování svalového napětí, autosugestivní navozování představ ovládnutí vnitřních orgánů, navozování pravidelného dýchání, ale také prohlubování sebepoznání, zvýšení koncentrace, sebekontroly, tlumení bolesti (Křivohlavý, 2010, str.37-39).

3.1.4 Akupunktura

Do tzv. akupunkturních bodů, které leží na neviditelných energetických drahách, které jsou spojeny s vnitřními orgány, jsou vpichovány jehly. V současné době se používá až 2000 akupunkturních bodů. Dle výzkumů v USA bylo v moči dobrovolníků, kteří podstoupili léčbu akupunkturou, po pěti týdnech zvýšené množství melatoninu.

3.1.5 Akupresura

Podobná metoda jako akupunktura. Léčitelé používají silný tlak palci nebo konečky prstů na místa, která jsou shodná s akupunkturními.

3.1.6 Aromaterapie

Léčba esenciálními oleji, které obsahují aromatické výtažky z rostlin. Mnohé z nich mají léčivé účinky. Esenciální oleje se užívají při masážích, přidávají se do koupelí, obkladů. K léčbě nespavosti se používá zejména levandule, bazalka, nerol, santalové dřevo, jasmín a jiné.

3.1.7 Fytoterapie

Stále více nemocných se v poslední době snaží řešit své potíže pomocí fytoterapie, tedy léčbou bylinkami. Důvodem mohou být nežádoucí účinky spojené s užíváním léků, ale také stále se zvyšující ceny přípravků farmaceutického průmyslu.

Dle Světové zdravotnické organizace je užívání bylinek odhadem třikrát až čtyřikrát častější než způsoby terapie klasické medicíny. Nejčastěji se bylinky užívají ve formě nálevu (čaj). Je možné užívat jednotlivé bylinky samostatně nebo směs

několika druhů rostlin dohromady. Často užívanými bylinami v léčbě nespavosti jsou např. kozlík lékařský, meduňka lékařská, heřmánek pravý, chmel otáčivý, chmel obecný aj. (Borzová, a kol., 2009, str.55-61).

3.1.8 Homeopatie

Využívá ředěné látky přírodního původu. Homeopat aplikuje léčiva na určitou nemoc pacienta, ale musí přihlížet také k tomu, jaký má pacient charakter, vzhled, zohledňuje jeho názory, obavy nebo úzkost (Borzová, a kol., 2009, str.65).

3.1.9 Dietoterapie

Usínání a průběh spánku pozitivně ovlivňuje tryptofan (aminokyselina obsažená v živočišných bílkovinách). Tryptofan se působením enzymů přeměňuje v mozku na látku, ze které se tvoří spánkový hormon serotonin. Je obsažen zejména v mase, mléku, luštěninách, ořeších. Při jeho zpracování je nezbytný dostatek sacharidů nebo tuků (Borzová, a kol., 2009, str.68).

3.2 Farmakoterapie

Farmakologická léčba se používá v případě, kdy se nedaří úspěšně léčit příčinu nespavosti a dostatečný efekt nepřinesla ani nefarmakologická opatření.

3.2.1 Hypnotika III. Generace

V současné době se používají nejčastěji, nenarušují spánkovou architekturu a navozují spánek blízký fyziologickému spánku. Přestože mají minimální nežádoucí účinky a řadí se mezi nejbezpečnější preparáty v terapii spánkových poruch, při dlouhodobém užívání vzniká časem tolerance a závislost. Často užívané preparáty z této skupiny jsou např. Stilnox, Hypnogen.

3.2.2 Benzodiazepiny

Hypnotika benzodiazepinového typu (Rohypnol, Neurol, Lexaurin, Nitrazepam, Xanax aj.) navodí celkové zklidnění pacienta, čímž se usnadní usínání a prodloužení spánku. Z krátkodobě působících benzodiazepinů se užívá např. Dormicum nebo Oxazepam. Léky ze skupiny benzodiazepinů lze užívat pouze krátkodobě, při dlouhodobém užívání vzniká tolerance a syndrom závislosti na lécích, dochází k narušení kognitivních funkcí a zvyšuje se přecitlivělost.

3.2.3 Jiné preparáty

V terapii spánkových poruch se využívají i jiné preparáty s hypnosedativním účinkem, např. u jedinců odolných vůči hypnotikům II. a III. generace a u pacientů, u kterých je podání jiných léčiv vhodnější vzhledem k základní diagnóze. Příkladem mohou být antidepresiva, která jsou užívána v léčbě nespavosti na základě souvislosti poruch spánku s depresivní poruchou (Borzová, a kol., 2009, str.48-49).

Nemalý význam v léčbě nespavosti může mít již výše zmíněný hormon **melatonin**. Melatonin podaný před spaním zkracuje dobu usínání, konsoliduje spánek a zlepšuje kvalitu spánku. Využívá se zejména u poruch spánku, které souvisejí

se změnou časových pásem, se směnným provozem, u nevidomých k synchronizaci biologických rytmů. Nejčastěji se využívá u tzv. syndromu zpožděné fáze usínání. Melatonin je doporučován i v psychiatrických indikacích, dobrý účinek má také na poruchy spánku u žen po klimakteriu, u seniorů. I u zdravých jedinců pozitivně ovlivňuje bdělost následující den, zvyšuje pozornost. Pro svůj výrazný antioxidační efekt je podáván k prevenci chorob kardiovaskulárního ústrojí.

Melatonin je v některých státech volně dostupný jako potravinový doplněk, v ČR je registrován přípravek Circadin, je možné jej zakoupit na lékařský předpis u lidí nad 55 let (Nevšímalová, 2010).

Vzhledem k tomu, že se melatonin tvoří v úplné tmě, mohou různé lampičky, blikající pohotovostní světla televizorů, počítačů nebo osvětlení z ulice jeho produkci negativně ovlivnit. Při probuzení v noci během spánku není vhodné používat bílé světlo, ale červené, které svou vlnovou délkou nenaruší tvorbu melatoninu (Strunecká, 2010). Při sledování televize nebo počítače před spaním nastupuje produkce melatoninu až za dvě hodiny poté, co přestaneme hledět na monitor. Pro zajištění dostatečné produkce melatoninu a tím i kvalitního spánku je nezbytně nutné dostatečné zatemnění místnosti, ve které spíme. (Nováková, 2011)

4. Sestra a spánek

U zdravotních sester pracujících na směny je jejich spánek výrazně ovlivňován zejména nepravidelností související se směnným provozem. Pro sestry pracující na směny a zároveň pečující o rodinu, domácnost a zejména malé děti, může být poměrně náročné skloubit pracovní režim a péči o rodinu tak, aby docházelo k narušení jejich spánku v co nejmenší míře.

Spánek zdravotních sester, ale i celé populace může být narušen zevními vlivy, jako jsou různé zvuky, světlo, nevhodná teplota, buzení partnerem apod. Nemalý význam má také to, co jíme a pijeme, a to nejen těsně před spaním, ale i během celého dne.

4.1 Zevní faktory ovlivňující spánek

4.1.1 Teplota, vlhkost vzduchu

Spánek může být výrazně ovlivněn teplotou prostředí i teplotou přímo v posteli. Extrémní zima nebo teplo mají rušivé účinky na spánek, ale určit ideální teplotu pro kvalitní spánek není možné, každý jedinec by si měl zajistit takovou teplotu, která mu nejvíc vyhovuje. Dle výzkumů je vhodná teplota pro kvalitní spánek 16°C, teplota nad 24°C spánek zhoršuje. Význam má také vlhkost vzduchu, příliš nízká vlhkost může dráždit dýchací cesty, příliš vysoká vyvolává nepříjemný pocit lepkavosti na kůži (Idzikowski, 2012, str.50-51).

4.1.2 Hluk

Vzhledem k tomu, že různé zvuky vnímáme již od prenatálního života v děloze a jsme jimi obklopeni prakticky neustále, nejsou pro nás rušivé. Při pokusech, kdy zkoumané osoby spaly v odhlučněné místnosti, vědci překvapivě zjistili negativní vliv

naprostého ticha na spánek. Pro spánek nežádoucí jsou rušivé a nepříjemné zvuky, které je třeba pro navození kvalitního spánku odbourat (Idzikowski, 2012, str.118-119).

Jeden druh hluku může mít různé účinky v souvislosti s jinými faktory, které jsou spojené se spícím člověkem. Jinak působí na člověka hluk spojitý nebo přerušovaný, stabilní nebo proměnlivý.

Problematika hluku se týká zejména rušných měst a může být příčinou mnoha spánkových poruch. Při dlouhodobém rušení spánku hlukem vzniká chronická únava, snížená pozornost, snižuje se výkon, zvyšuje se riziko infarktu myokardu, dochází k oslabení imunity a mnoha dalším negativním důsledkům, které jsou obecně spojené s nedostatkem spánku (Palazzolo, 2007, str.59-63).

4.1.3 Partner

V partnerském soužití postihuje každá porucha spánku oba partnery. Vždy platí, že pokud jeden z partnerů trpí spánkovou poruchou, je to nepříjemné pro oba. I přes veškerou opatrnost jedince trpícího nespavostí je jeho partner rušen. Pokud jeden z partnerů trpí chrápáním, ruší svého spolunocležníka i sebe. Při řešení problémů se spánkem je třeba obrovské dávky trpělivosti a pochopení obou partnerů, důležitá je vzájemná spolupráce (Idzikowski, 2012, str.150).

4.1.4 Jídlo

Skladba našeho jídelníčku nebo načasování příjmu potravy může spánek značně ovlivnit. Nevhodné složení stravy může být příčinou poruchy trávení a jiných potíží, které mohou spánek negativně ovlivňovat. Není vhodné konzumovat velké množství potravy, naposledy jíme dvě až tři hodiny před ulehnutím (Borzová, a kol., 2009, str.68).

4.1.5 Kofein

Jeden šálek kávy obsahuje 80-140 mg kofeinu, cola 30-65 mg, tabulka čokolády asi 20 mg. Zvýšit stav bdělosti je možné po požití 30-200 mg kofeinu denně. Vysoká

konzumace kofeinu nad 500 mg za den způsobuje vznik úzkostných stavů, neklid a somatické projevy jako bolest žaludku, bušení srdce. Pro stimulační účinky kofeinu je vhodné se konzumace vyvarovat zejména před usínáním. Při požití vysoké dávky kofeinu se usínání prodlužuje, množství spánku se snižuje (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.33-34).

Zejména mezi mladými lidmi stále stoupá obliba energetických nápojů. Jedna plechovka energetického nápoje obsahuje 70-80 mg kofeinu. Dle studie Americké pediatrické akademie by děti ani dospívající neměli tyto nápoje pít pro vysoký obsah kofeinu, na jehož účinky je mladý organismus výrazně citlivější. (vodarenstvi, online, 2011)

4.1.6 Alkohol

Pro mnoho lidí je alkohol pomocníkem při usínání, ale v době, kdy se jeho hladina v krvi snižuje, se spánek stává mělčím. Konzumace alkoholu spánek zkracuje, zkrácena je zejména REM fáze, následuje předčasné probouzení a zhoršena je i kvalita spánku. Na účinky alkoholu vzniká tolerance, je tedy nutné dávku potřebnou pro navození spánku stále zvyšovat. Hrozí tak riziko rozvoje závislosti.

4.1.7 Nikotin

Nikotin obsažený v cigaretách může způsobovat neklid, podrážděnost, rozvoj těžké nespavosti. U kuřáků, kteří vykouří během dne více než 20 cigaret, dochází k obtížnému usínání. Lidé úzkostní, trpící depresemi často vykouří 40 i více cigaret denně. Kouření během noci po probuzení může zhoršovat závislost na nikotinu a jeho zvýšená potřeba se může stát příčinou poruch spánku (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.33-34).

4.2 Směnný provoz

Pro člověka je přirozené v noci odpočívat a ve dne pracovat. U lidí pracujících ve směnném provozu je narušen pravidelný rytmus vnitřních biologických hodin, odborně se tento stav nazývá desynchronóza. Projevuje se zejména nervovou labilitou, zažívacími potížemi a poruchami spánku (dobry-spanek, online).

Nevšímalová uvádí: „U 50-65% pracovníků směnného provozu jsou pozorovány přechodné poruchy usínání a kontinuity spánku provázené zvýšenou ospalostí během dne.“ Ke zlepšení stavu dochází většinou několik dnů po skončení nočních směn, někdy mohou obtíže přetrvávat i dlouhodobě v podobě snížené výkonnosti, somatických potíží, vznikají poruchy pozornosti. Alarmující je trvání obtíží déle než jeden měsíc (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.203).

Někteří lidé nejsou schopni se směnnému provozu přizpůsobit, zejména pro jedince trpící některými vážnými chorobami (diabetici, lidé s poruchami spánku, trávicími obtížemi) je směnný provoz zcela nevhodný (dobry-spanek, online).

Dle Nevšímalové se na špatné toleranci směnného provozu podílejí tři základní faktory: narušená cirkadiánní rytmicita, deficit spánku a časté následné konfliktní situace. Směnný provoz snášejí hůře zejména jedinci s vyšší každodenní potřebou spánku a tzv. ranní typy (jedinci s nejvyšší výkonností v ranních a dopoledních hodinách). Naopak večerní typy, u nichž je maximální výkonnost odpoledne a večer, snášejí noční služby podstatně lépe. Adaptabilita na noční směny se snižuje s přibývajícím věkem, schopnost tolerovat směnný provoz bez výraznějších obtíží se ztrácí ve věku okolo 50 let.

Při nočních směnách se organismus lépe adaptuje na denní rytmus bdění, kdy se cirkadiánní rytmicita upravuje již během dvou dnů. V souvislosti s vnitřními biologickými hodinami je lépe tolerován posun směn ve směru hodinových ručiček (ranní-odpolední-noční) než naopak (odpolední-ranní-noční). Lépe je snášeno častější střídání směn než delší, např. 5 denní intervaly. Schopnost adaptace na směnný provoz je ovlivňována také stupněm spánkové deprivace. Denní spánek ve směnném provozu je redukován v porovnání s nočním o 1-4 hodiny, bývá přerušovaný zevními faktory, jako jsou světlo, hluk aj., spánek nepřináší pocit dostatečného odpočinku.

V důsledku směnného provozu mohou vznikat i somatické obtíže, časté jsou poruchy trávicího ústrojí, vředová choroba žaludku a duodena, je zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění, nádorových onemocnění, zejména karcinomu prsu. V důsledku směnného provozu je popisován vyšší výskyt alkoholové a lékové závislosti (Nevšímalová, Šonka, 2007, str.203-204).

4.2.1 Rady pro pracující ve směnném provozu

Existuje několik způsobů, jak snížit ospalost v zaměstnání a negativní dopady na zdraví jedinců pracujících ve směnném provozu:

- Před noční směnou si zdřímněte.
- Pravidelně cvičte.
- Nepijte alkoholické nápoje, zejména před odchodem do práce.
- Konzultujte se svým lékařem nejvhodnější dobu užívání jakýchkoliv léků.
- Pracujte v jasném, nejlépe širokospektrálním osvětlení.
- Zlepšete spánkovou hygienu (Lavery, 1998, str.64).
- Během noční směny jezte spíše lehká jídla, naposledy kolem čtvrté hodiny ranní, vydatná snídaně by mohla narušit kvalitu spánku.
- Odstranit stres po náročné noční směně je třeba nějakým druhem relaxace, jako např. vykonávání oblíbené činnosti, účast na kulturních a společenských akcích, pěstování koníčků, sport aj.
- Pečujte o svůj dobrý zdravotní stav, důležitá je kvalitní zdravotní péče závodního lékaře (dobry-spanek, online).

4.3 Stres

Práce ve zdravotnictví umožňuje zdravotním sestrám osobnostní rozvoj, přináší nové podněty, motivuje k dalšímu prohlubování a zvyšování vzdělání. Velká zodpovědnost za životy pacientů, vysoce odborná práce, manipulace s moderní technikou, to vše může být zdrojem uspokojení z práce, ale na druhé straně velká psychická i fyzická zátěž, nepřiměřené požadavky na výkon, vysoké nároky na vzdělání mohou toto uspokojení snižovat.

Ženy vykonávající profesi zdravotní sestry však nejsou jen ošetřovatelky, ale také především matky a manželky. S touto rolí jsou spojené každodenní povinnosti v domácnosti, péče o děti, někdy i jiné členy rodiny. Jako každý jiný člověk řeší mnohdy neutěšené vztahy v rodině, neshody v partnerském soužití, problémy s dětmi, starost o nemocné rodiče, ale třeba také nedobrou finanční situaci, nevyhovující bydlení. Také nepoměr mezi náročností profese zdravotní sestry a finančním ohodnocením, stále vyšší hranice odchodu do důchodu a s tím související obavy, že nebudou schopny tuto práci vykonávat, to vše může být významným zdrojem nespokojenosti. Mnoho sester se potýká s řadou zdravotních problémů, které se stupňují s věkem a délkou jejich praxe. Tyto a mnoho jiných faktorů se podílí na vzniku stresových situací, které mohou negativně ovlivňovat spánek sester.

Praško ve své knize Nespavost uvádí: „*Stres je jedním z hlavních důvodů rozvoje nespavosti.*“ Již mnohokrát byl zkoumán vztah mezi poruchami spánku a stresem. Dle experimentálních studií, při nichž dobrovolníci nespali bez přestání 60-120 hodin, bylo zjištěno, že nedostatek spánku je závažným stresorem (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str.33-34).

Křivohlavý píše: „*Nedostatek spánku může být příčinou stresu – i naopak stres může vést k poruchám spánku.*“ (Křivohlavý, 2009, str.177).

4.3.1 Stresor

Termín „stresor“ se používá pro různé nepříznivé faktory, které člověka vystavují tlaku a mohou vést k tíživé osobní situaci člověka (Křivohlavý, 2009, str. 170-171). H. Selye rozlišuje stresory fyzikální a emocionální.

Fyzikální stresory dle Selyeho jsou např. jedy jako alkohol, nikotin, kofein a jiné návykové látky, radiace, znečištěný vzduch, ultrafialové a infračervené záření, vibrace, meteorologické vlivy, viry, bakterie, nehody, úrazy aj.

Mezi **emocionální stresory** řadí např. úzkost, smutek, strach, nenávisť, nepřátelství, zlobu, málo spánku, přílišnou ustaranost aj. (Křivohlavý, 1994, str.12).

O stresu můžeme hovořit v případě, kdy intenzita stresové situace převyšuje možnosti a schopnosti jedince danou situaci zvládnout. Hovoříme o tzv. nadlimitní zátěži. Nadlimitní zátěží může být jeden stresor nebo mnoho tzv. běžných každodenních starostí, které prostě člověku „přerostou přes hlavu“.

V případě, kdy jedinec subjektivně výrazně negativně vnímá ohrožení, není schopen zvládnout danou situaci, nemá dostatek možností a sil, hovoříme o tzv. **distresu**. Pokud však jedinec situaci nevnímá emocionálně negativně, hovoříme o **eustresu**. V tomto případě může zvládání obtížné situace přinášet i radost (svatba, narození dítěte) (Křivohlavý, 2009, str.170-171).

4.3.2 Příznaky stresu

Příznaky stresu můžeme rozdělit do tří skupin: fyziologické, psychologické a behaviorální.

Fyziologické příznaky stresu: bušení srdce, pocity svírání a bolesti za hrudní kostí, bolesti hlavy, krční páteře, bederní páteře, nechutenství, bolesti břicha, nadýmání, časté nucení na močení, sexuální impotence, poruchy menstruačního cyklu, migréna, exantém aj.

Psychologické příznaky stresu: prudké změny nálad, zvýšená podrážděnost, iritabilita, úzkost, pocity únavy, nadměrné obavy o své zdraví, zvýšený zájem o vlastní fyzický zjev, problémy v emocionální oblasti, neschopnost projevit náklonnost k druhým lidem, omezení sociálního kontaktu, nadměrné snění aj.

Behaviorální příznaky stresu se týkají našeho chování a jednání, v důsledku stresu se může projevovat nerozhodnost, problémy se spánkem, pesimismus, neustálé nářky, změny příjmu potravy, snížená pozornost, snaha vyhnout se odpovědnosti, nechuť pracovat, snížená kvalita práce, zvýšený příjem návykových látek (Křivohlavý, 2010, str.22-24)

4.3.3 Zvládání stresu

Jak již bylo výše zmíněno, stres může vést ke spánkovým poruchám. Bylo popsáno mnoho různých strategií zvládání stresu, v této práci bych chtěla uvést „Desatero podnětů pro zdravotní sestry v péči o jejich vlastní přežití“, které uvádí Křivohlavý ve své knize „Sestra a stres“. Autorkou souboru pro péči o pečovatelky, který obsahuje 16 bodů, je první anglická profesorka paliativní medicíny paní doktorka Sheila Cassidy.

1. *„Bud' k sobě mírná, vlídná a laskavá.*
2. *Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem, ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.*
3. *Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu a samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.*
4. *Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům, spolupracovnicím i vedení bud' oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zaslужují.*
5. *Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.*
6. *Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.*
7. *Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání: mezi tím které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.*
8. *Když jdeš domů z práce, soustřed' se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.*
9. *Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně, jen ryze technicky a zvykově, bezmyšlenkovitě) vykonávat svoji práci. Snaž se z vlastní iniciativy, z vlastní vůle a nikým nenucená něco udělat jinak – tvořivě.*

10. *Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů, v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.*
11. *Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.*
12. *Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.*
13. *Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“, či „měla bych“. Podobně se nauč raději říkat „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá.*
14. *Nauč se říkat druhým lidem nejenom „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou pak hodnotu má asi tvé „ano“?*
15. *Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá víc zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.*
16. *Raduj se, hraj si a směj se – ráda a často“. (Křivohlavý, 2010, str.107-108)*

4.4 Vztahy na pracovišti

Zdravotní sestra je při výkonu svého povolání v každodenním kontaktu se svými spolupracovníky, pacienty. Interpersonální vztahy a úroveň vztahů mezi sestrou a pacientem mohou být významným indikátorem obecné spokojenosti sester na pracovišti.

Rivalita mezi kolegyněmi, nevhodné chování ze strany lékařů, to vše může být zdrojem stresu a mnohdy i pádným důvodem pro změnu pracoviště nebo k odchodu ze zaměstnání. Neúnosná může být situace pro sestru, která se stane obětí mobbingu nebo sexuálního obtěžování.

4.4.1 Vztah sestra-pacient

Sestra by měla přistupovat k pacientovi v souladu se zásadami profesionálního chování a jednání, s pacientem by měla jednat jako s rovnocenným partnerem. Měla by být schopna nemocnému poskytnout porozumění a oporu, pečovat o jeho emocionální stav, řešit i problémy osobní. Jak uvádí Zacharová, sestra je v očích nemocného člověk, který má pochopení pro jeho problémy v nemoci a který je pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí řešit (Zacharová, 2007, str.63-66).

Vzájemný kontakt mezi zdravotní sestrou a pacientem vyžaduje určité znalosti a dovednosti, umožňující psychologicky správně jednat s nemocným. Ne všichni nemocní se však dokážou se svojí nemocí a s tím spojenými diagnostickými a terapeutickými zákroky vyrovnat. *„Čím více je člověk přesvědčen o vážnosti a nebezpečí své choroby, tím psychologicky komplikovanější je jeho vztah ke zdravotníkovi.“* (Zacharová, 2007, str.64). Mohou tak vznikat pro sestru náročné situace, kdy pacient ventiluje svůj strach nebo bolest formou verbálních útoků, sexuálními narážkami, nebo zneužívá své pozice jako pacienta s tím, že sestra se o něho postarat prostě musí.

Velmi náročná a komplikovaná je péče o pacienty dezorientované, neklidné, nebo v delirantních stavech, kteří útočí na personál nezřídka i fyzicky.

4.4.2 Vztah sestra-lékař

Z některých výzkumů je patrné, že vztahy mezi sestrami a lékaři na pracovišti mají pro sestry velký význam při hodnocení své spokojenosti. Mnoho problémů souvisí s vzájemným nepochopením rolí a odpovědnosti, projevuje se nespokojenost sester s malým respektem k ošetřovatelství ze strany lékařů. Lékaři vnímají sestru jako svoji podřízenou pracovníci, která by měla plnit jejich ordinace a příkazy. Sestry vnímají chování lékařů jako nevhodné, stěžují si na přehlížení, nadřazenost, nepochopení, chybí jim pochvala, ocenění jejich práce.

4.4.3 Vztah sestra-sestra

V ženském kolektivu vznikají určité specifické problémy, které mohou vyvolávat konflikty. Domněnky o svých kolegyních, že jsou domýšlivé, hysterické apod. a zvýšená emotivita mohou vyvolávat mnohé konfliktní situace. Dle Křivohlavého jsou ženy ochotny spolupracovat méně než muži a je u nich veliké nebezpečí, že upadnou do oboustranné „pasti“ vzájemné nekooperace a nedůvěřivosti vůči spolupracovníci při konfliktu (Plevová, 2011, str.99-104).

4.4.4 Mobbing

Termín mobbing znamená šikanu na pracovišti, kdy dochází k pronásledování zaměstnance. Původcem je většinou spolupracovník a následně další členové kolektivu. Mobbing může u poškozeného způsobit: snížené sebevědomí, úzkost, deprese, psychosomatické potíže v důsledku stresu, problémy v rodině (rozchod partnerů, problém ve výchově dětí).

4.4.5 Sexuální obtěžování

Časté od kolegy nebo nadřízeného směrem ke kolegyni. Jedná se o chování sexuální povahy, které si oběť nepřeje, aktér uráží, ponižuje, oběť má strach se ohradit. Motivem bývá demonstrace převahy. Nejčastější je verbální forma, která se může vyhrotit až ve fyzické obtěžování (Venglářová, 2011, str.113-124).

EMPIRICKÁ ČÁST

5. Cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu

Zmapovat, v jaké míře se vyskytují poruchy spánku u zdravotních sester

Dílčí cíle

1. Porovnat výskyt poruch spánku u sester v jednosměnném a nepřetržitém provozu
2. U sester trpících poruchou spánku zjistit, které faktory ovlivňují jejich spánek nejvíce
3. Zjistit, zda sestry trpící poruchou spánku navštívily s tímto problémem lékaře
4. Zjistit, jaké způsoby ke zlepšení spánku používají sestry trpící poruchou spánku nejvíce

6. Výzkum

6.1 Metoda výzkumu

Pro tuto práci jsem zvolila kvantitativní výzkum s použitím anonymního dotazníku. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zdravotní sestry v nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. Cílovou skupinu tvořily sestry pracující v jednosměnném provozu, druhou polovinu představovaly sestry pracující v provozu nepřetržitém.

Výzkum u sester v nepřetržitém provozu jsem prováděla na lůžkovém oddělení chirurgie a ortopedie, dotazníky pro sestry byly doručeny prostřednictvím staničních nebo vrchních sester. Část sester v jednosměnném provozu jsem oslovila osobně, několik dotazníků bylo doručeno prostřednictvím vrchní sestry interního oddělení. Výzkumu se zúčastnily sestry z odborných ambulancí nemocnice (dětská, alergologická, chirurgická...), dále staniční a vrchní sestry chirurgie, ortopedického a interního oddělení.

Výzkumné šetření bylo schváleno náměstkyní ošetrovatelské péče paní Jiřinou Poulovou 27.5.2013 (příloha č.1, str.93). V den schválení jsem dotazníky distribuovala na jednotlivá pracoviště, během 3 týdnů byly vráceny.

Dotazník (příloha č.2, str.94) použitý k výzkumu jsem vytvořila po konzultaci s vedoucím této práce. Dotazníky jsem dle plánu distribuovala na oddělení, kde pracují v pozici nelékařských zdravotnických pracovníků pouze ženy, kterým byl tento dotazník určen. Pro zajištění úplné anonymity byly dotazníky vloženy do obálek, které měly respondentky možnost po vyplnění zalepit.

Dotazník obsahoval 22 položek, otázky uzavřené (dichotomické i polytomické), polootevřené a otevřené.

6.2 Výsledky šetření

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků pro sestry v jednosměnném a 60 dotazníků v nepřetržitém provozu. Z celkového počtu 60 se u sester pracujících v jednosměnném provozu vrátilo 52 vyplněných dotazníků, 8 nevyplněných. 5 dotazníků nebylo možné použít k výzkumu pro neúplnost nebo byly pro účely výzkumného šetření nevyhovující.

U sester v nepřetržitém provozu se z celkového počtu 60 vrátilo 8 nevyplněných, 3 dotazníky nebylo možné použít.

Celkový počet vyhodnocených dotazníků použitých k výzkumu činí:

Jednosměnný provoz: 47 (49%) dotazníků

Nepřetržitý provoz: 49 (51%) dotazníků

Celkem: 96 (100%) dotazníků

Vyplněné dotazníky byly zpracovány do tabulek a grafů (sloupcové, výsečové) pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007. Výsledky byly uvedeny v absolutní a relativní četnosti (v procentech).

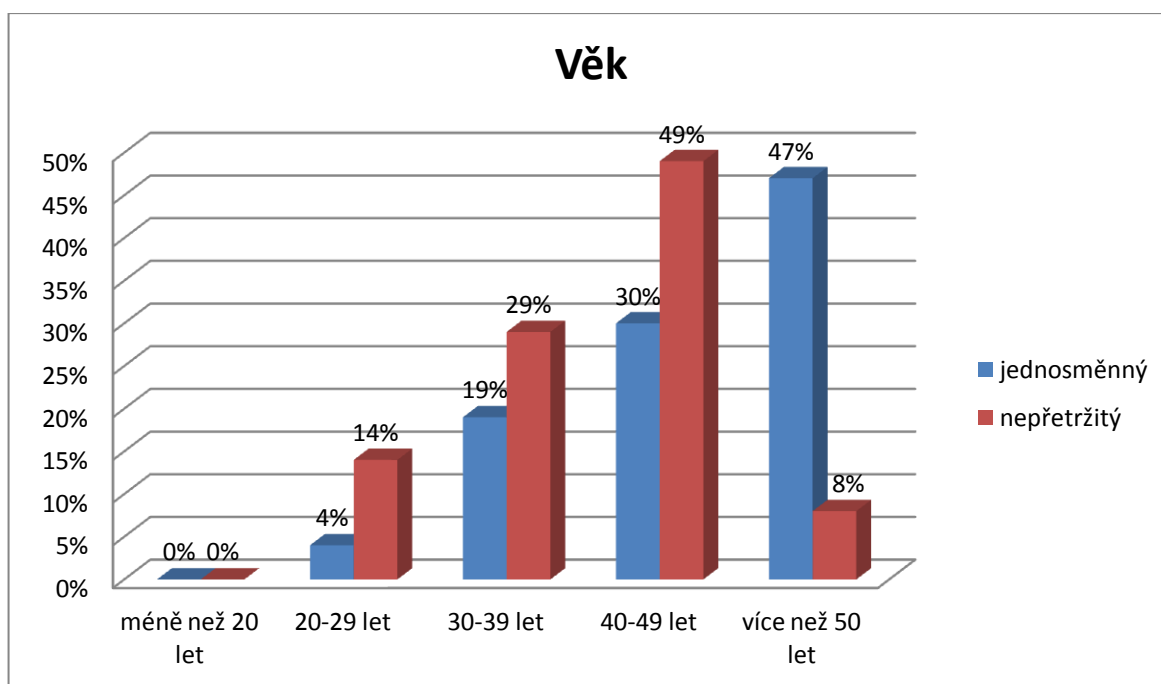
7. Analýza výzkumu

7.1 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1 - Věk

| Věk | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Do 20 let | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| 20-29 let | 2 | 4% | 7 | 14% | 9 | 9% |
| 30-39 let | 9 | 19% | 14 | 29% | 23 | 24% |
| 40-49 let | 14 | 30% | 24 | 49% | 38 | 40% |
| Nad 50 let | 22 | 47% | 4 | 8% | 26 | 27% |
| Celkem | 47 | 100% | 49 | 100% | 96 | 100% |



Graf 1 - Věk

Úkolem respondentek v položce č. 1 bylo zvolit jednu z uvedených kategorií týkajících se věku.

V jednosměnném provozu byl největší počet sester v kategorii nad 50 let.

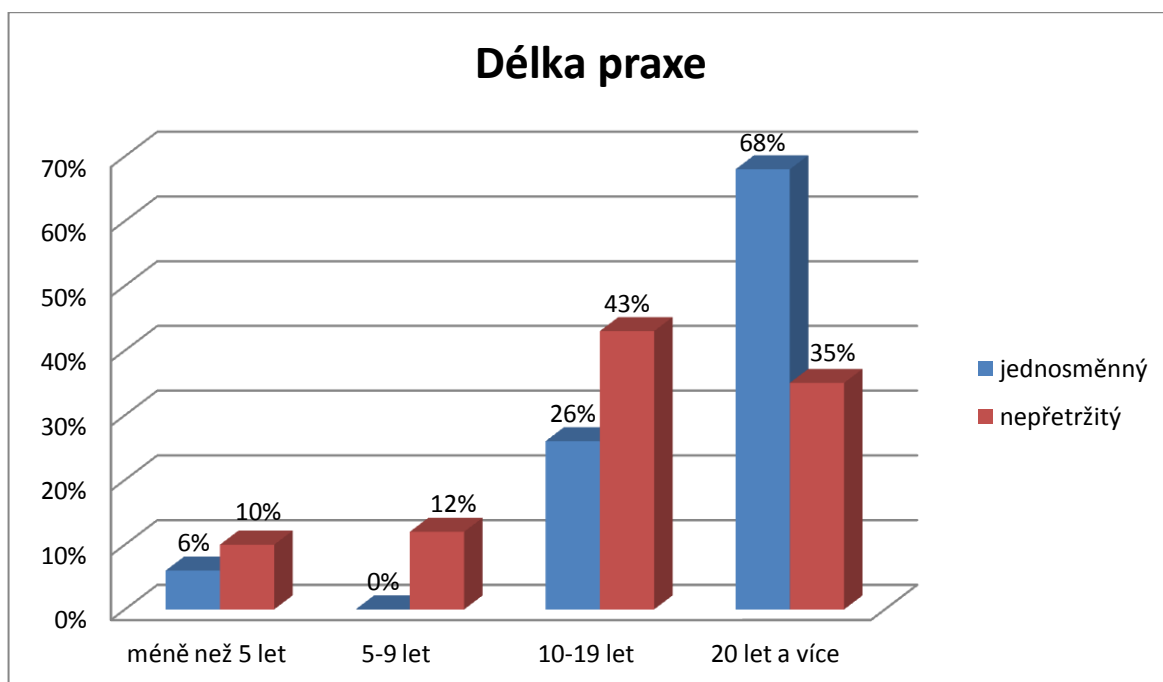
Z celkového počtu 47 to bylo 22 (47%), následovala kategorie „40-49 let“, do níž spadalo 14 (30%) dotazovaných, v kategorii „30-39 let“ to bylo 9 (19%) dotazovaných a nejméně v kategorii „20-29 let“, do které se řadí 2 (4%) dotazované.

V nepřetržitém provozu tvoří největší skupinu dotazovaných sestry ve věku 40-49 let. Z celkového počtu 49 to je 24 (49%) respondentek. Následuje skupina ve věku 30-39 let, do které se řadí 14 (29%) dotazovaných. Do kategorie „20-29 let“ spadá 7 (14%) dotazovaných a nejméně, tedy 4 (8%) dotazované jsou v kategorii nad 50 let.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 2 - Délka praxe

| Délka praxe | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|-------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Do 5 let | 3 | 6% | 5 | 10% | 8 | 8% |
| 5-9 let | 0 | 0% | 6 | 12% | 6 | 6% |
| 10-19 let | 12 | 26% | 21 | 43% | 33 | 35% |
| Nad 20 let | 32 | 68% | 17 | 35% | 49 | 51% |
| Celkem | 47 | 100% | 49 | 100% | 96 | 100% |



Graf 2 - Délka praxe

Položka č. 2 zjišťovala délku praxe ve zdravotnictví.

Z celkového počtu 47 pracuje v jednosměnném provozu 32 (68%) sester s délkou praxe 20 let a více, v kategorii „10-19 let“ je to 12 (26%), méně než 5 let v jednosměnném provozu pracují 3 (6%) dotazované a respondentky v kategorii „5-9 let“ se ve zkoumaném souboru neobjevily žádné.

V nepřetržitém provozu je z celkového počtu 49 nejvíce dotazovaných v kategorii „10-19 let“, tedy 21 (43%), následuje kategorie „20 let a více“, kterou tvoří 17 (35%) dotazovaných a téměř vyrovnané jsou kategorie „5-9 let“, do níž spadá 6 (12%) respondentek a kategorie „méně než 5 let“ s 5 (10%) dotazovanými.

Otázka č. 3: V jakém provozu pracujete?

Tabulka 3 - Pracovní provoz

| Pracovní provoz | Absolutní čet. | Relativní čet. |
|-----------------|----------------|----------------|
| Jednosměnný | 47 | 49% |
| Nepřetržitý | 49 | 51% |
| Celkem | 96 | 100% |



Graf 3 - Pracovní provoz

Položka č. 3 v dotazníku byla určena ke zjištění, v jakém provozu respondentky pracují. Podle toho, zda pracují v jednosměnném nebo nepřetržitém provozu, jsem vzorek dotazovaných sester rozdělila na dvě skupiny.

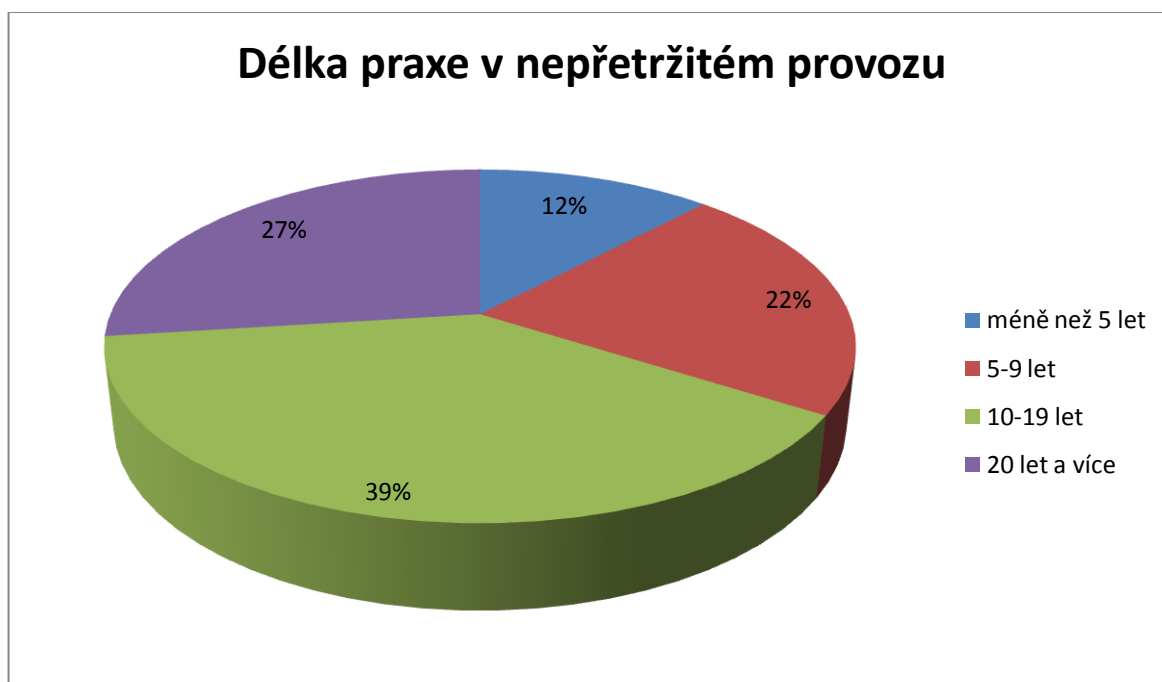
První skupina pracujících v jednosměnném provozu obsahovala 47 (49%) dotazovaných a 49 (51%) respondentek bylo pracujících v provozu nepřetržitém.

Celkový počet vyhodnocovaných dotazníků je tedy 96 (100%).

Otázka č. 4: Pokud pracujete ve směnném provozu, jak dlouho?

Tabulka 4 - Délka praxe v nepřetržitém provozu

| Délka praxe v nepřetržitém provozu | Absolutní čet. | Relativní čet. |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Méně než 5 let | 6 | 12% |
| 5-9 let | 11 | 22% |
| 10-19 let | 19 | 39% |
| 20 let a více | 13 | 27% |
| Celkem | 49 | 100% |



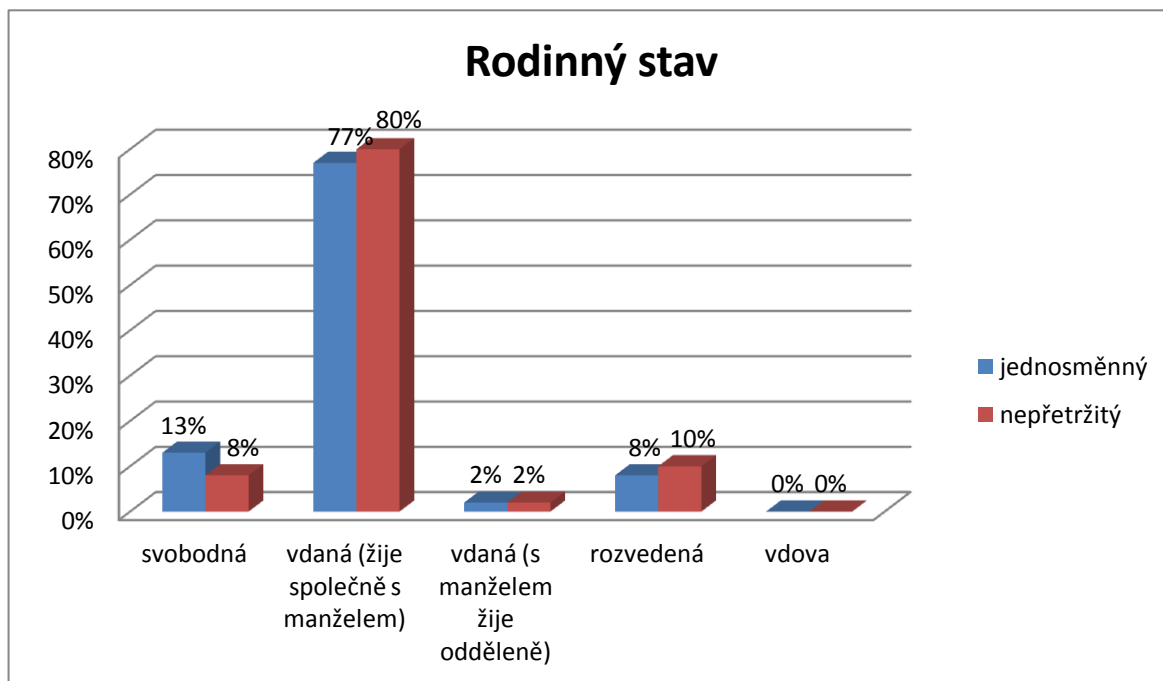
Graf 4 - Délka praxe v nepřetržitém provozu

Položka č. 4 byla určena pouze pro sestry pracující v nepřetržitém provozu. Z celkového počtu 49 pracuje nejvíce dotazovaných v kategorii „10-19 let“, tedy 19 (39%), následuje kategorie „20 let a více“ s 13 (27%) respondentkami, kategorii „5-9 let“ tvoří 11 (22%) dotazovaných, v kategorii do 5 let je respondentek 6 (12%), tedy nejnižší počet.

Otázka č. 5: Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 5 - Rodinný stav

| Rodinný stav | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|----------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Svobodná | 6 | 13% | 4 | 8% | 10 | 11% |
| Vdaná (žije společně s manželem) | 36 | 77% | 39 | 80% | 75 | 78% |
| Vdaná (s manželem žije odděleně) | 1 | 2% | 1 | 2% | 2 | 2% |
| Rozvedená | 4 | 8% | 5 | 10% | 9 | 9% |
| Vdova | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Celkem | 47 | 100% | 49 | 100% | 96 | 100% |



Graf 5 - Rodinný stav

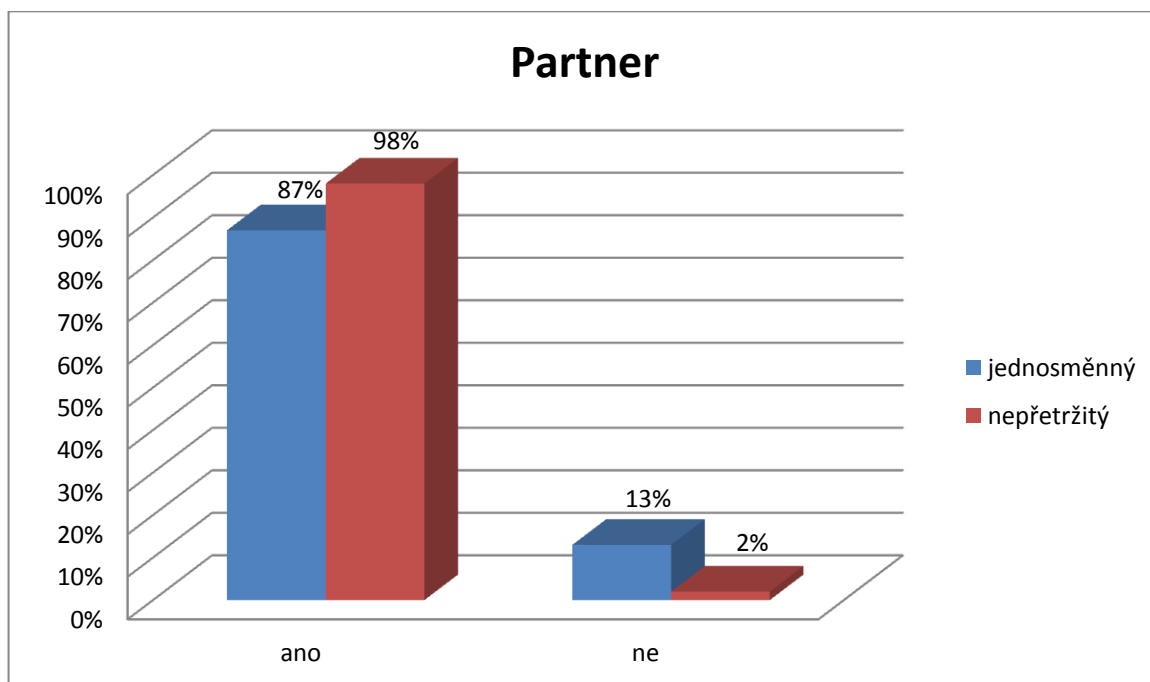
Co se týče rodinného stavu, který zjišťovala položka č. 5, v jednosměnném provozu tvoří největší skupinu 36 (77%) sestry vdané, žijící ve společné domácnosti s manželem. Následuje kategorie svobodných s počtem 6 (13%) a rozvedených s počtem 4 (8%). Pouze jedna dotazovaná (2%) ze skupiny vdaných žije s manželem odděleně. Ani jedna z dotazovaných není vdova.

V nepřetržitém provozu, stejně jako v jednosměnném, je nejpočetnější skupina sester vdaných, žijících s manželem ve společné domácnosti v počtu 39 (80%). Skupinu rozvedených tvoří 5 (10%) dotazovaných, 4 (8%) respondentek je svobodných a 1 (2%) sestra ve stavu vdaných žije s manželem odděleně. Žádná z dotazovaných není vdova.

Otázka č. 6: Máte partnera?

Tabulka 6 - Partner

| Partner | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|---------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Ano | 41 | 87% | 48 | 98% | 89 | 93% |
| Ne | 6 | 13% | 1 | 2% | 7 | 7% |
| Celkem | 47 | 100% | 49 | 100% | 96 | 100% |



Graf 6 - Partner

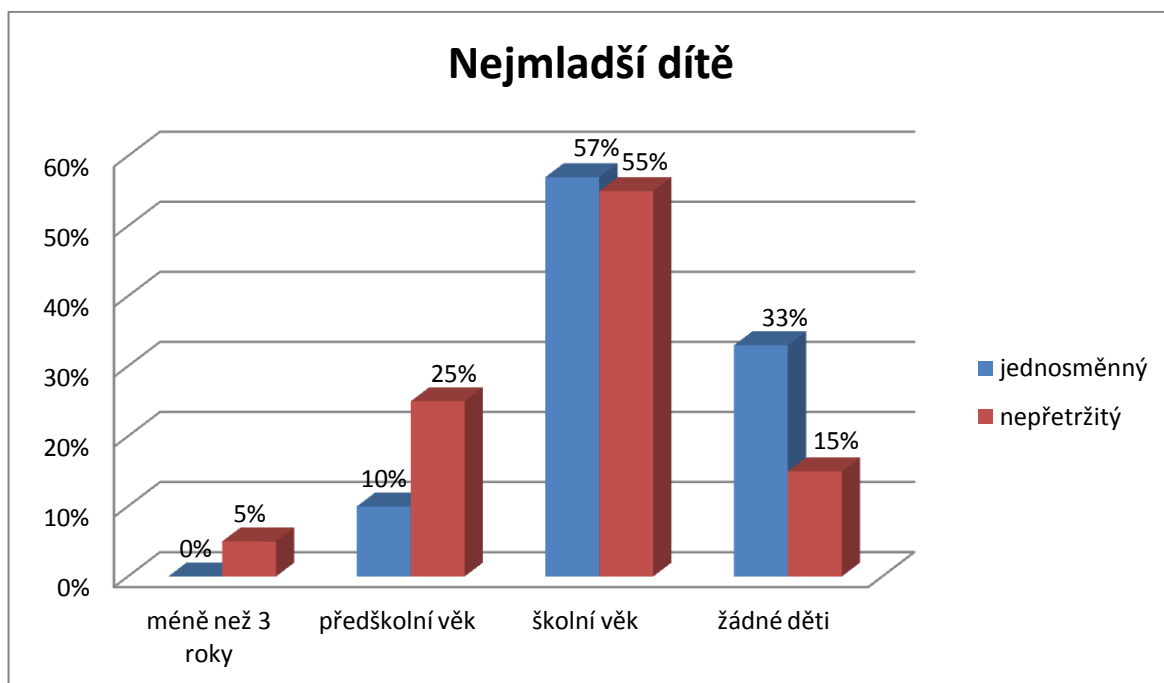
Na položku č. 6 dotazující se na partnera odpovědělo v jednosměnném provozu „ano“ 41 (87%) sester, 6 (13%) partnera nemá.

Ze skupiny sester v nepřetržitém provozu má partnera 48 (98%) respondentek, 1 (2%) partnera nemá.

Otázka č. 7: Pokud máte děti, nejmladší z nich...

Tabulka 7 - Nejmladší dítě

| Nejmladší dítě | Jednosměnný | | Nepřetržitý | | Celkem | |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Má méně než 3 roky | 0 | 0% | 2 | 5% | 2 | 3% |
| Je v předškolním věku | 2 | 10% | 10 | 25% | 12 | 20% |
| Je ve školním věku | 12 | 57% | 22 | 55% | 34 | 56% |
| Nemám děti | 7 | 33% | 6 | 15% | 13 | 21% |
| Celkem | 21 | 100% | 40 | 100% | 61 | 100% |



Graf 7 - Nejmladší dítě

Z položky č. 7 v dotazníku vyplývá, že dotazované, které na tuto otázku neodpověděly, mají děti dospělé.

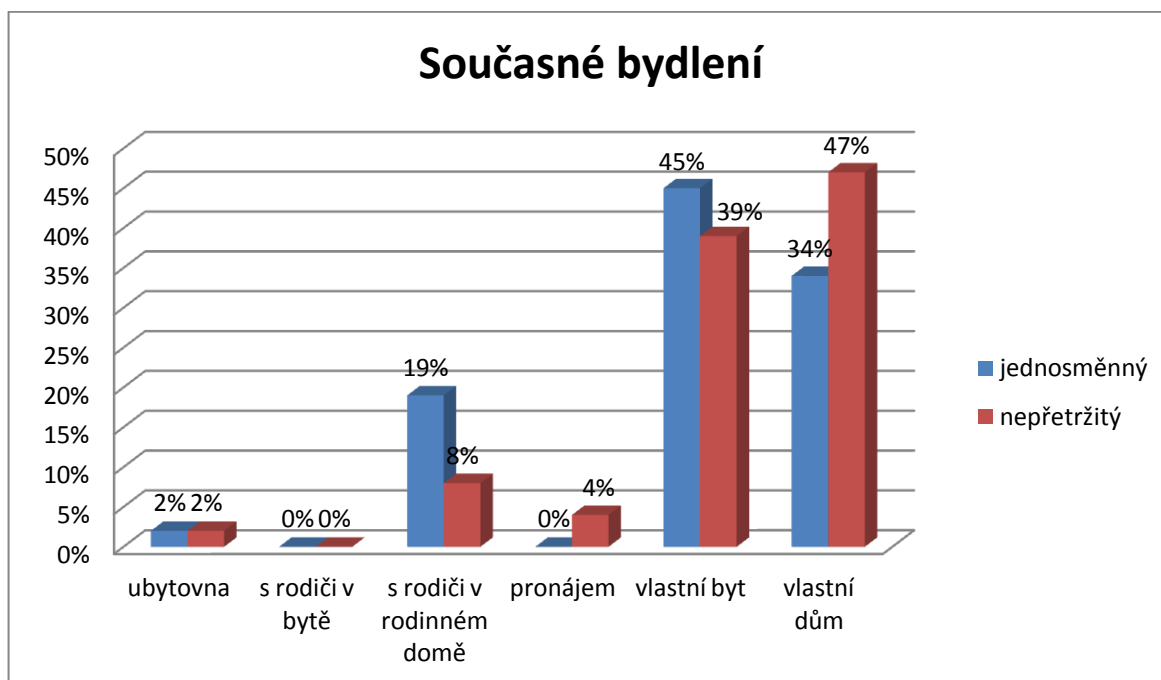
Ze 47 sester pracujících v jednosměnném provozu tvoří tento počet nadpoloviční většina (26) dotazovaných. Z 21 sester, které na tuto otázku odpověděly, má nejmladší dítě ve školním věku 12 (57%), 7 (33%) dětí nemá a 2 (10%) mají nejmladší dítě v předškolním věku. Žádná ze sester v jednosměnném provozu nemá dítě mladší než 3 roky.

V nepřetržitém provozu má děti dospělé 9 dotazovaných. Ze 40 sester, které na tuto otázku odpověděly, tvoří největší počet 22 (55%) skupina sester, které mají nejmladší dítě ve školním věku, 10 (25%) v předškolním věku, 6 (15%) děti nemá a 2 (5%) dotazované mají dítě mladší než 3 roky.

Otázka č. 8: Bydlení

Tabulka 8 – Současné bydlení

| Současné bydlení | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|--------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Ubytovna | 1 | 2% | 1 | 2% | 2 | 2% |
| S rodiči v bytě | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| S rodiči v rodinném domě | 9 | 19% | 4 | 8% | 13 | 13% |
| V pronájmu | 0 | 0% | 2 | 4% | 2 | 2% |
| Vlastní byt | 21 | 45% | 19 | 39% | 40 | 42% |
| Vlastní dům | 16 | 34% | 23 | 47% | 39 | 41% |
| Celkem | 47 | 100% | 49 | 100% | 96 | 100% |



Graf 8 - Současné bydlení

Položka č. 8 byla určena ke zjištění, jaké zázemí mají respondentky v oblasti bydlení.

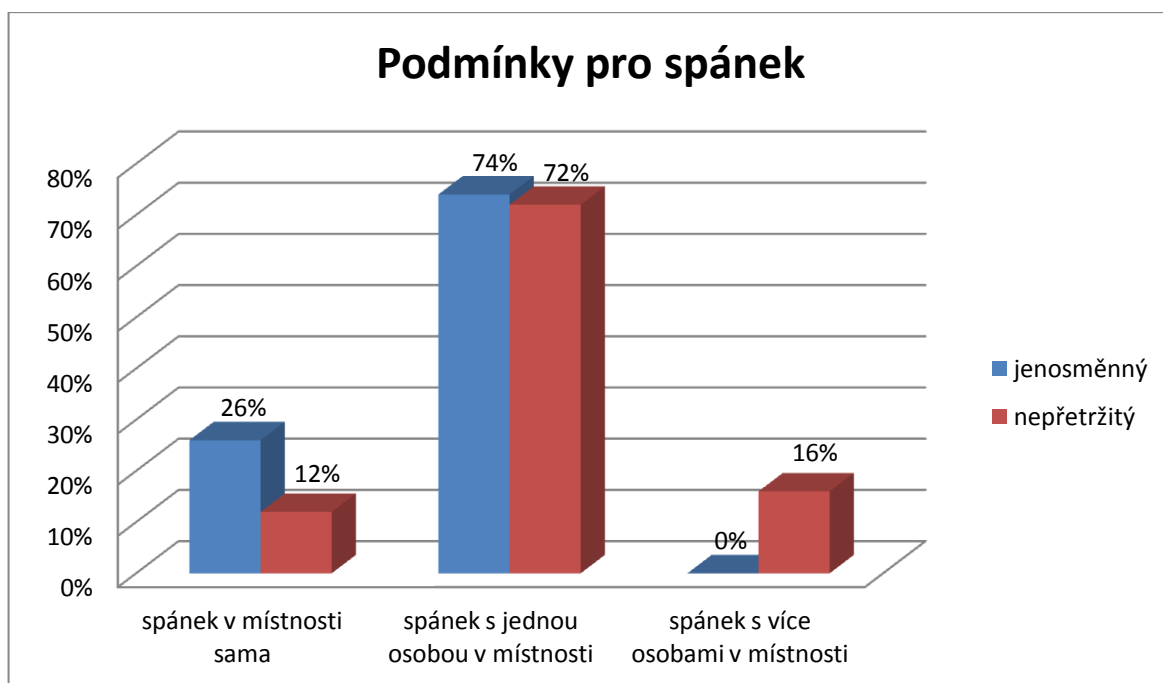
V jednosměnném provozu je nejpočetnější skupina dotazovaných 21 (45%) vlastníků byt, následuje kategorie s vlastním domem, kterou tvoří 16 (34%) dotazovaných. S rodiči v rodinném domě bydlí 9 (19%) respondentek a na ubytovně 1 (2%). Nikdo z respondentek nebydlí s rodiči v bytě, ani v pronájmu.

Ve skupině pracujících na směny žije nejvíce dotazovaných 23 (47%) ve vlastním domě, skupinu s vlastním bytem tvoří 19 (39%) dotazovaných, 4 (8%) žijí s rodiči v rodinném domě. V pronájmu žijí 2 (4%) sestry a na ubytovně 1 (2%). Žádná z dotazovaných ve směnném provozu nežije s rodiči v bytě.

Otázka č. 9: Jaké máte podmínky pro spánek?

Tabulka 9 - Podmínky pro spánek

| Podmínky pro spánek | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|----------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Spím v místnosti sama | 12 | 26% | 6 | 12% | 18 | 19% |
| Spím v místnosti s jednou osobou | 35 | 74% | 35 | 72% | 70 | 73% |
| Spím v místnosti s více osobami | 0 | 0% | 8 | 16% | 8 | 8% |
| Celkem | 47 | 100% | 49 | 100% | 96 | 100% |



Graf 9 - Podmínky pro spánek

Položka č. 9 zjišťovala, v jakých podmínkách dotazované spí.

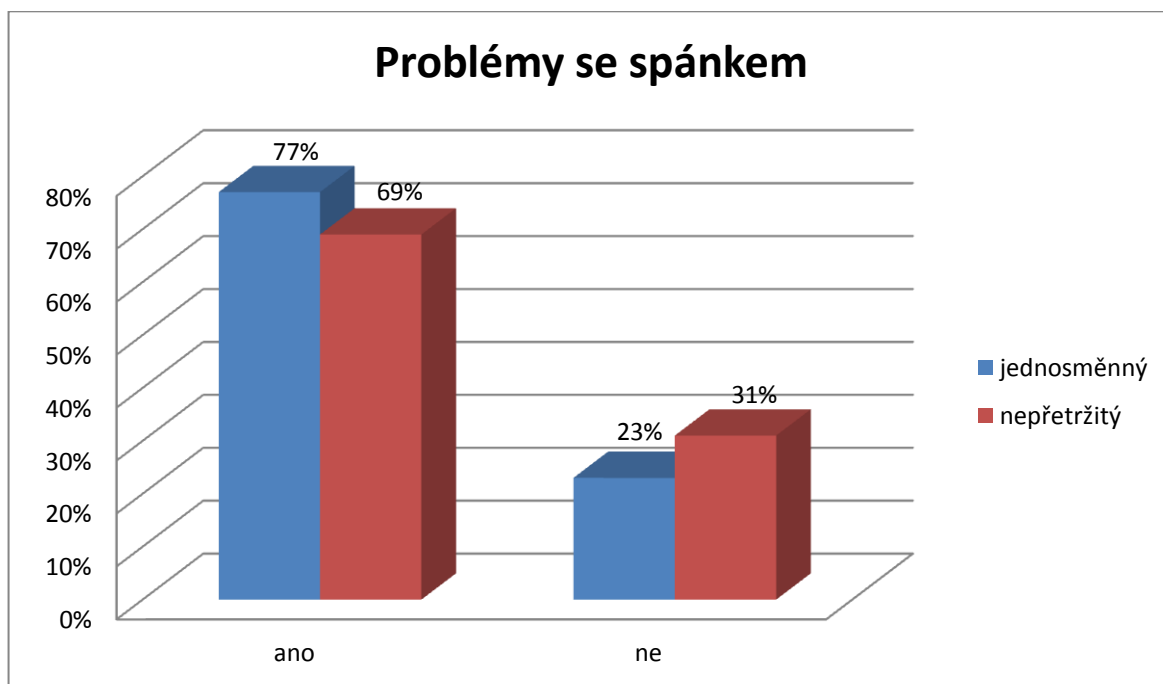
V jednosměnném provozu tvoří nejpočetnější skupinu 35 (74%) dotazované, které spí v místnosti společně s jednou osobou. Skupinu spících v místnosti samostatně tvoří 12 (26%) dotazovaných. S více osobami v místnosti nespí žádné dotazované v jednosměnném provozu.

U pracujících na směny tvoří skupinu spících v místnosti s jednou osobou 35 (72%) dotazovaných. S více osobami spí v místnosti 8 (16%) dotazovaných a nejméně, tedy 6 (12%) dotazovaných spí v místnosti samostatně.

Otázka č. 10: Pociťovala jste někdy problémy se spánkem?

Tabulka 10 - Problémy se spánkem

| Problémy se spánkem | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý | | Celkem | |
|---------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Ano | 36 | 77% | 34 | 69% | 70 | 73% |
| Ne | 11 | 23% | 15 | 31% | 26 | 27% |
| Celkem | 47 | 100% | 49 | 100% | 96 | 100% |



Graf 10 - Problémy se spánkem

U položky č. 10, zjišťující problémy se spánkem, z celkového počtu 47 dotazovaných sester v jednosměnném provozu již někdy pociťovalo problémy 36 (77%) dotazovaných, 11 (23%) sester v této skupině problémy se spánkem nikdy nepocítilo.

Ve směnném provozu tvoří skupinu sester s problémy se spánkem 34 (69%) dotazovaných, problémy se spánkem nikdy netrpělo 15 (31%) respondentek.

Druhá část dotazníku, tedy otázky č. 11 – 21 byly určeny dotazovaným, které již někdy pocítily problémy se spánkem, u otázky č. 10 tedy zaškrtnly odpověď „ano“.

Část dotazovaných ze skupiny, která neuvedla v dotazníku poruchy spánku, odpověděly zejména na otázku týkající se způsobů ke zlepšení spánku. Vzhledem k velmi malému počtu odpovědí v této skupině a pro lepší přehlednost při zpracování, jsem tyto dotazníky z výzkumu vyřadila ještě před vyhodnocováním vyplněných dotazníků určených pro zpracování. Vzorek zbylých respondentek je dostačující pro výzkum.

V následující části výzkumu se tedy změnil počet respondentek, a to takto:

Jednosměnný provoz: 36 (51%) dotazovaných trpících poruchou spánku

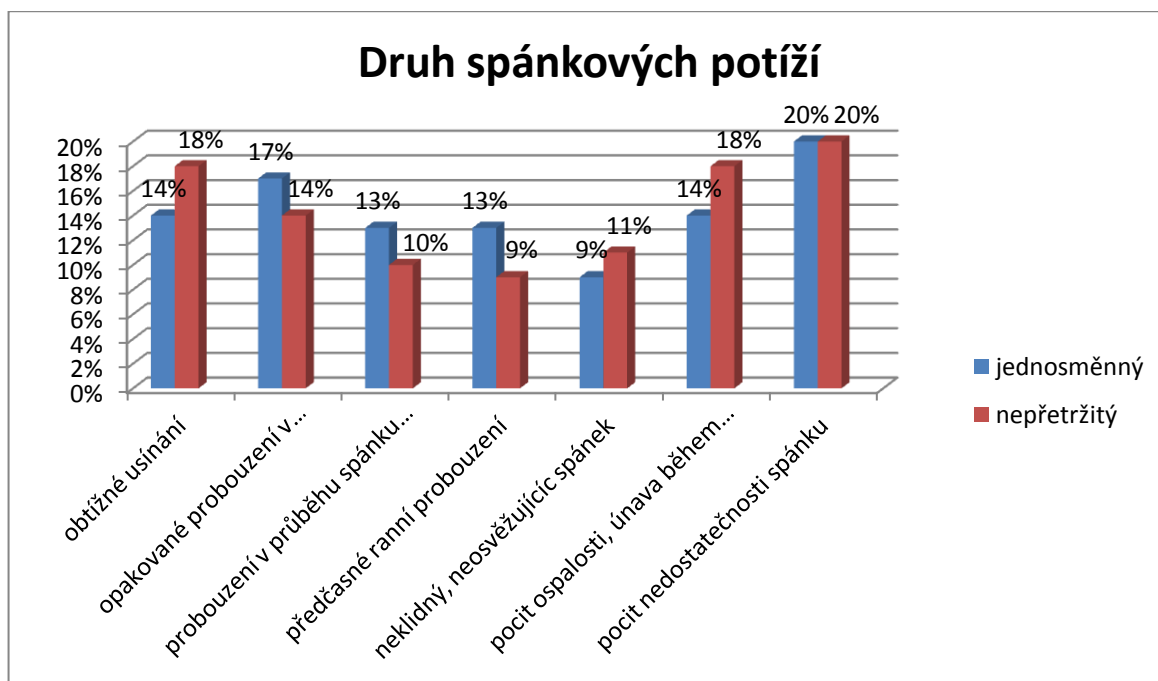
Nepřetržitý provoz: 34 (49%) dotazovaných trpících poruchou spánku

Celkem: 70 (100%)

Otázka č. 11: Pokud máte problémy se spánkem, trpíte některými z těchto potíží?

Tabulka 11 - Druh spánkových potíží

| Druh spánkových potíží | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|---|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Obtížné usínání | 17 | 14% | 21 | 18% | 38 | 16% |
| Opakované probouzení v průběhu spánku (3x za noc a více) | 20 | 17% | 16 | 14% | 36 | 15% |
| Probouzení v průběhu spánku a obtížné opětovné usínání | 16 | 13% | 12 | 10% | 28 | 12% |
| Předčasné ranní probouzení, nemožnost opětovného usnutí | 15 | 13% | 11 | 9% | 26 | 11% |
| Spánek je neklidný, neosvěžující | 11 | 9% | 13 | 11% | 24 | 10% |
| Pocit ospalosti, únava nebo zhoršení prac. schopností během dne | 17 | 14% | 21 | 18% | 38 | 16% |
| Pocit nedostatečnosti spánku | 24 | 20% | 24 | 20% | 48 | 20% |



Graf 11 - Druh spánkových potíží

U položky č. 11 měly respondentky za úkol vybrat z nabídky různých možností takové, které se v souvislosti se spánkovými potížemi objevují nejčastěji.

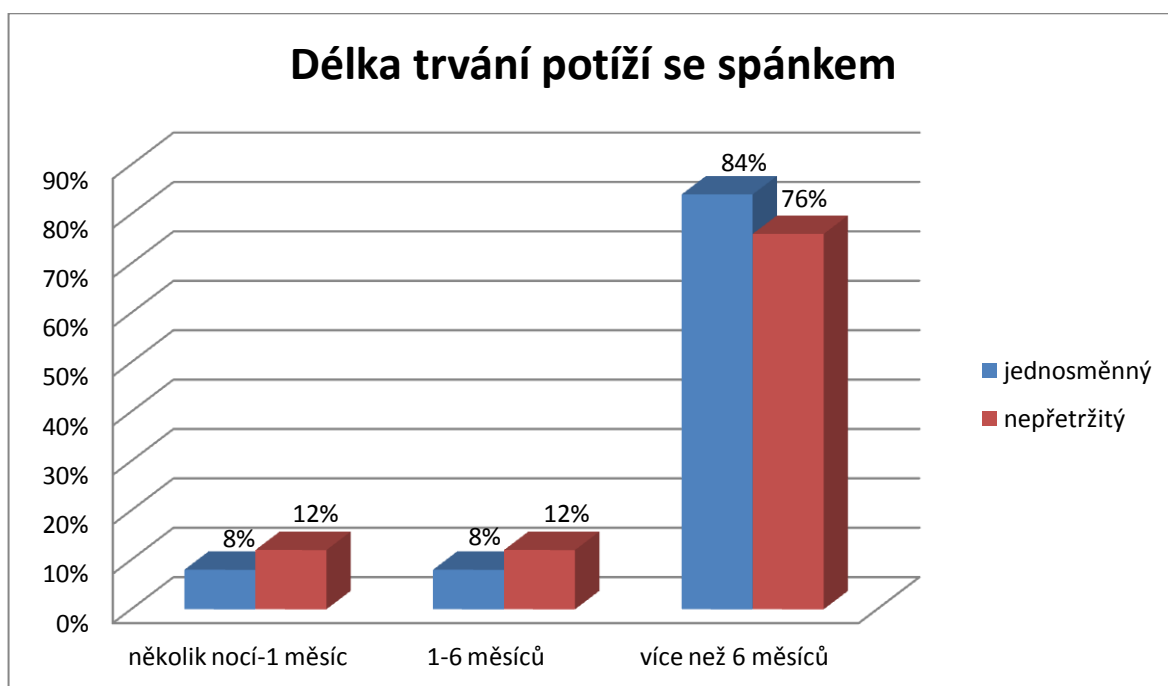
V jednosměnném provozu 24 (20%) dotazovaných uvedlo „Pocit nedostatečnosti spánku“. Následuje „Opakované probouzení v průběhu spánku“, kterou zaškrtnulo 20 (17%) dotazovaných, 17 (14%) sester uvedlo „Obtížné usínání“ a stejný počet, tedy 17 (14%) uvedlo „Pocit ospalosti, únava nebo zhoršení pracovních schopností během dne“. „Probouzení v průběhu spánku a obtížné opětovné usínání“ zaškrtnulo 16 (13%) dotazovaných a 15 (13%) „Předčasné ranní probouzení, nemožnost opětovného usnutí“. 11 (9%) sester uvedlo „Spánek je neklidný, neosvěžující“.

Stejně jako v jednosměnném provozu, také v nepřetržitém, nejvíce, tedy 24 (20%) respondentek zaškrtnulo odpověď „Pocit nedostatečnosti spánku“. 21 (18%) sester uvedlo „Obtížné usínání“ a stejný počet, tedy 21 (18%) „Pocit ospalosti, únava nebo zhoršení pracovních schopností během dne“. „Opakované probouzení v průběhu spánku“ uvedlo 16 (14%) dotazovaných a „Spánek je neklidný, neosvěžující“ 13 (11%) respondentek. 12 (10%) zaškrtnulo možnost „Probouzení v průběhu spánku a obtížné opětovné usínání“. 11 (9%) dotazovaných zvolilo možnost „Předčasné ranní probouzení, nemožnost opětovného usnutí“.

Otázka č. 12: Jak dlouho trvají Vaše potíže se spánkem?

Tabulka 12 - Délka trvání potíží se spánkem

| Délka trvání potíží se spánkem | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|--------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Několik nocí - 1 měsíc | 3 | 8% | 4 | 12% | 7 | 10% |
| 1 - 6 měsíců | 3 | 8% | 4 | 12% | 7 | 10% |
| Více než 6 měsíců | 30 | 84% | 26 | 76% | 56 | 80% |
| Celkem | 36 | 100% | 34 | 100% | 70 | 100% |



Graf 12 - Délka trvání potíží se spánkem

Položka č. 12 byla určena ke zjištění, jak dlouho trvají u dotazovaných sester jejich spánkové obtíže.

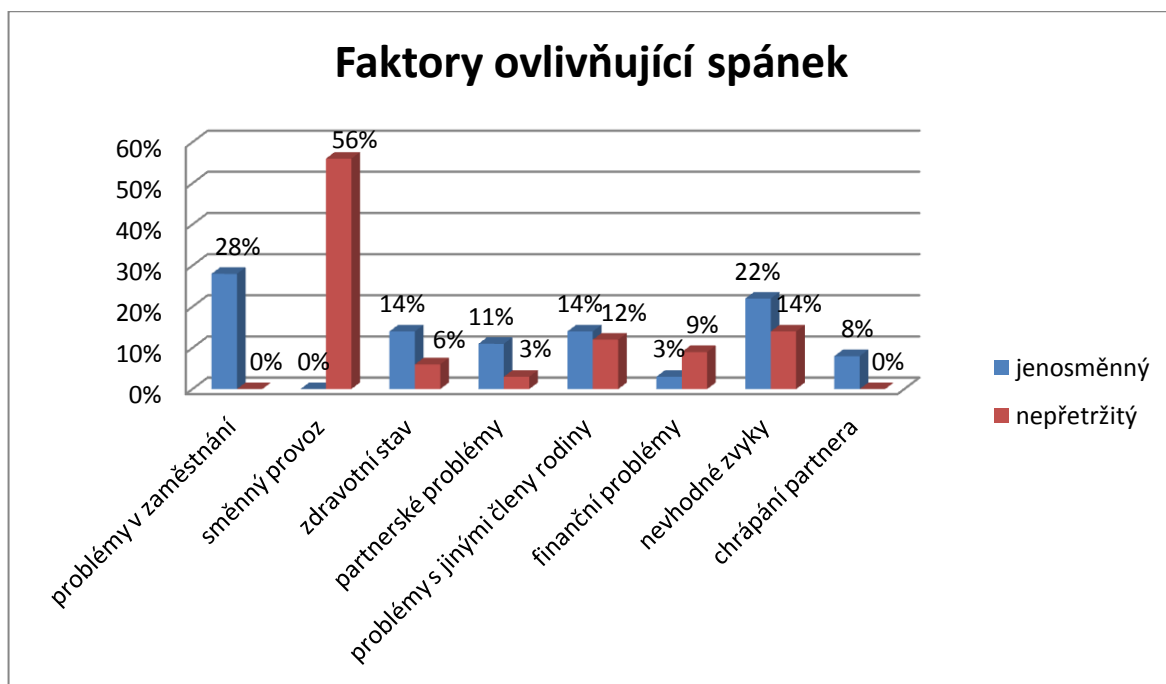
Z celkového počtu 70 dotazovaných, v jednosměnném provozu tvoří největší skupinu 30 (84%) sestry s poruchami spánku s trváním potíží více než 6 měsíců. Do kategorie tvořící dotazované s délkou potíží 1-6 měsíců se řadí 3 (8%) respondentky a stejný počet 3 (8%) sester spadá do skupiny s potížemi s délkou trvání několik nocí-1 měsíc.

I v nepřetržitém provozu jednoznačně vede skupina sester s potížemi trvajícími déle než 6 měsíců v počtu 26 (76%), potížemi trvajícími 1-6 měsíců trpí 4 (12%) sestry a stejný počet, tedy 4 (12%) trpí potížemi několik nocí-1 měsíc.

Otázka č. 13: Kterými faktory je Váš spánek dle Vašeho názoru ovlivněn nejvíce?

Tabulka 13 - Faktory ovlivňující spánek

| Faktory ovlivňující spánek | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|--------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Problémy v zaměstnání | 10 | 28% | 0 | 0% | 10 | 14% |
| Směnný provoz | 0 | 0% | 19 | 56% | 19 | 27% |
| Zdravotní stav | 5 | 14% | 2 | 6% | 7 | 10% |
| Partnerské problémy | 4 | 11% | 1 | 3% | 5 | 7% |
| Problémy s jinými členy rodiny | 5 | 14% | 4 | 12% | 9 | 13% |
| Finanční problémy | 1 | 3% | 3 | 9% | 4 | 6% |
| Nevhodné zvyky | 8 | 22% | 5 | 14% | 13 | 19% |
| Chrápání partnera | 3 | 8% | 0 | 0% | 3 | 4% |
| Celkem | 36 | 100% | 34 | 100% | 70 | 100% |



Graf 13 - Faktory ovlivňující spánek

U otázky č. 13 měly dotazované za úkol vybrat pouze jednu položku, která dle jejich názoru ovlivňuje jejich spánek nejvíce.

Nejpočetnější skupinu sester v jednosměnném provozu tvoří sestry, jejichž spánek nejvíce ovlivňují problémy v zaměstnání. Do této kategorie spadá 10 (28%) dotazovaných. Následuje kategorie s nevhodnými zvyky s 8 (22%) dotazovanými. Spánek 5 (14%) sester je ovlivněn nejvíce jejich zdravotním stavem a stejný počet 5 (14%) dotazovaných ovlivňuje jejich spánek problémy s jinými členy rodiny. 4 (11%) udávají partnerské problémy, spánek 3 (8%) dotazovaných je ovlivněn chrápáním partnera. Finanční problémy uvedla v souvislosti se spánkem pouze 1 (3%) dotazovaná.

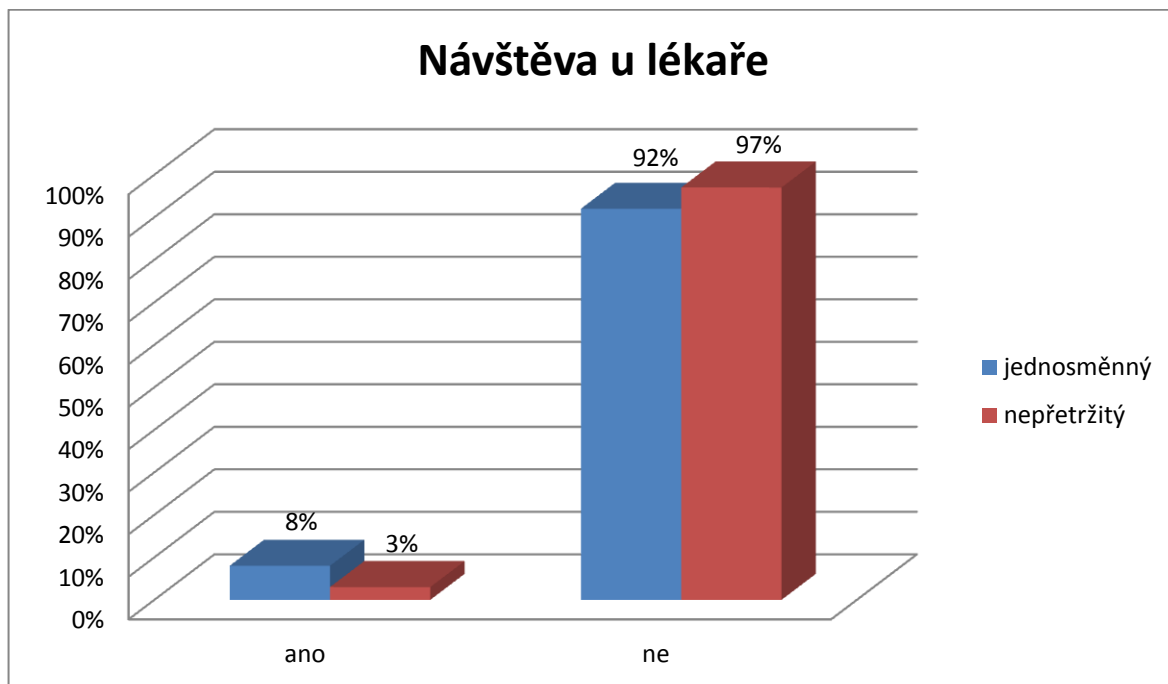
V nepřetržitém provozu je spánek sester nejvíce ovlivňován směnným provozem. Tuto skupinu tvoří 19 (56%) respondentek. Stejně jako u sester v jednosměnném provozu, následuje skupina 5 (14%) sester s nevhodnými zvyky, 4 (12%) dotazované uvádějí problémy s jinými členy rodiny. 3 (9%) dotazované zaškrtnuly „finanční problémy“, 2 (6%) „zdravotní stav“ a 1 (3%) „partnerské problémy“. „Problémy v zaměstnání“ a „chrápání partnera“ neuvedla žádná ze sester pracujících na směny.

Položka „jiné“ nebyla vyplněna žádnou z dotazovaných.

Otázka č. 14: Pokud máte potíže se spánkem, navštívila jste lékaře?

Tabulka 14 - Návštěva u lékaře

| Návštěva u lékaře | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|-------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Ano | 3 | 8% | 1 | 3% | 4 | 6% |
| Ne | 33 | 92% | 33 | 97% | 66 | 94% |
| Celkem | 36 | 100% | 34 | 100% | 70 | 100% |



Graf 14 - Návštěva u lékaře

Položka č. 14 byla určena ke zjištění, zda sestry trpící poruchami spánku s tímto problémem navštívily lékaře.

Z celkového počtu 36 sester v jednosměnném provozu, které trpí poruchami spánku, navštívily lékaře 3 (8%) dotazované, 33 (92%) sester trpících poruchami spánku lékaře nenavštívily.

V kategorii sester v nepřetržitém provozu lékaře navštívila pouze 1 (3%) z 34 dotazovaných, 33 (97%) sester, které udávají poruchy spánku, lékaře nevyhledaly nikdy.

Na otázky č. 15, 16 a 17, týkající se návštěvy lékaře, doporučení a efektu léčby, odpověděly 3 respondentky z jednosměnného provozu a 1 dotazovaná pracující na směny. Odpovědi jsou znázorněny v tabulkách č. 15, 16 a 17.

Otázka č. 15: Pokud jste navštívila lékaře, jakého?

Tabulka 15 – Návštěva lékaře

| Návštěva lékaře | | | |
|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | |
| 1. | „Psycholog, psychiatr“ | 1. | „Psycholog, psychiatrická ambulance“ |
| 2. | „Praktický lékař“ | - | - |
| 3. | „Praktický lékař“ | - | - |

Otázka č. 16: Co Vám lékař doporučil?

Tabulka 16 - Doporučení lékaře

| Doporučení lékaře | | | |
|--------------------|--|--------------------|---|
| Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | |
| 1. | „Správné návyky před spaním, medikamentózní léčba“ | 1. | „Pravidelný režim, nespát během dne, hypnotika“ |
| 2. | „Antidepresiva“ | - | - |
| 3. | „Uklidňující léky“ | - | - |

Otázka č. 17: Jaký byl efekt doporučení nebo léčby?

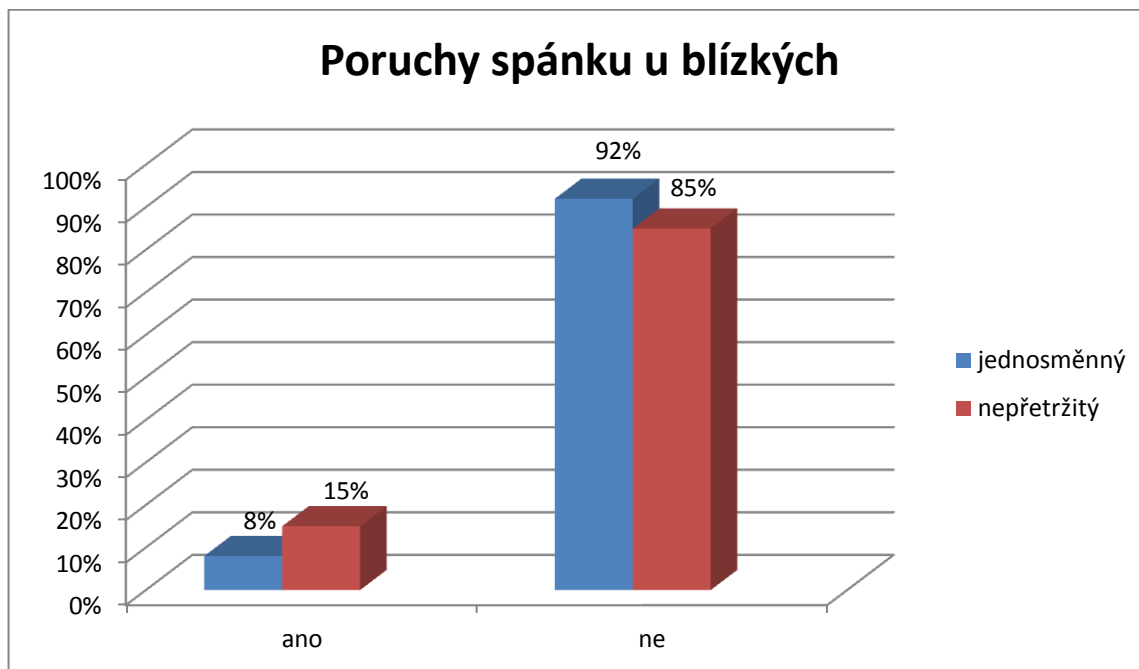
Tabulka 17 - Efekt doporučení nebo léčby

| Efekt doporučení nebo léčby | | | |
|-----------------------------|--|--------------------|---------|
| Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | |
| 1. | „Částečné zlepšení“ | 1. | „Dobrý“ |
| 2. | „Nic zvláštního jsem nepocítila – úlevu“ | - | - |
| 3. | „Částečně léčba pomohla a čas vyřešil další“ | - | - |

Otázka č. 18: Trpí někdo z Vašich blízkých Vaší poruchou spánku?

Tabulka 18 - Poruchy spánku u blízkých

| Poruchy spánku u blízkých | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|---------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Ano | 3 | 8% | 5 | 15% | 8 | 11% |
| Ne | 33 | 92% | 29 | 85% | 62 | 89% |
| Celkem | 36 | 100% | 34 | 100% | 70 | 100% |



Graf 15 - Poruchy spánku u blízkých

Položka č. 18 byla určena pro vyjádření sester, zda jejich poruchou spánku trpí někdo z jejich blízkých.

U sester v jednosměnném provozu odpověděly „ano“ 3 (8%) dotazované, odpověď „ne“ se objevila u 33 (92%) respondentek.

V nepřetržitém provozu spadá do kategorie s odpovědí „ano“ 5 (15%) sester, odpověď „ne“ uvedlo 29 (85%) sester.

Otázka č. 19: Pokud ano, kdo nejvíce?

Otázka č. 20: Jakým způsobem se s Vaší poruchou spánku vyrovnávají?

Položka č. 19 a 20 byla určena pro respondentky trpící poruchami spánku, jejichž odpověď v otázce č. 18 zněla „ano“. Úkolem bylo určit, kdo z jejich blízkých trpí jejich poruchou spánku a jakým způsobem se s touto poruchou vyrovnávají.

Tabulka č. 19 znázorňuje jejich odpovědi.

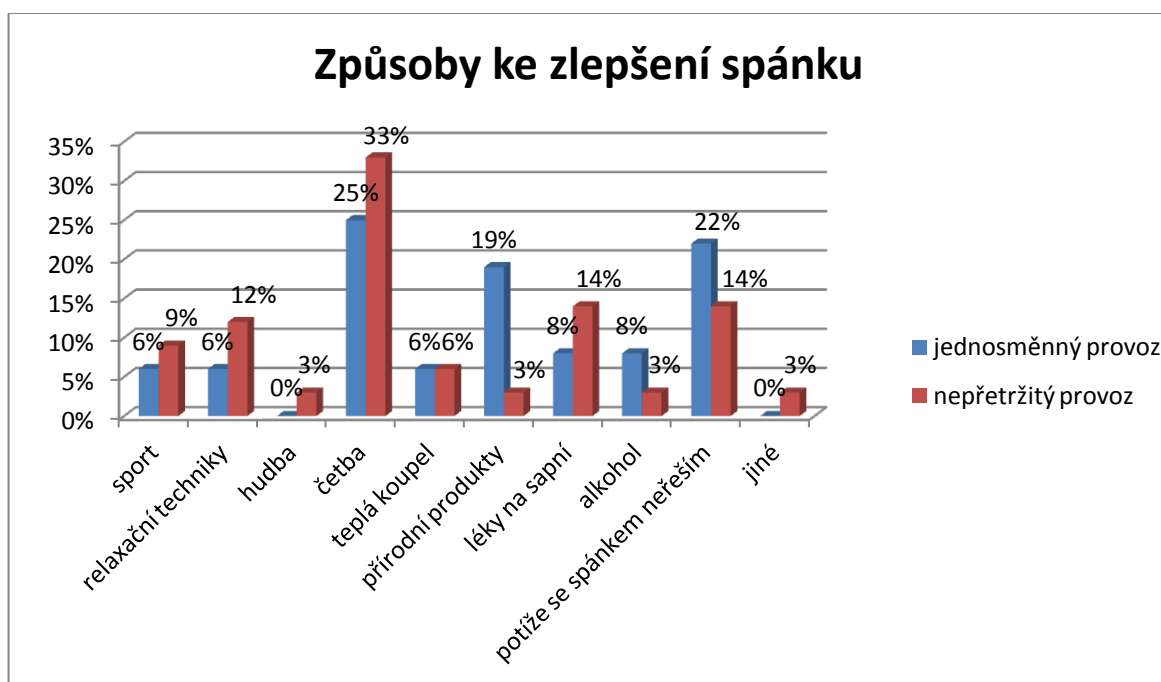
Tabulka 19 - Blízcí trpící poruchou spánku

| Blízcí trpící poruchou spánku | | | |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------|---|
| Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | |
| 1. | „Partner – je laxní“ | 1. | „Partner – otočí se ke mně zády“ |
| 2. | „Partner – spí jinde“ | 2. | „Partner – nijak“ |
| 3. | „Děti – tolerují“ | 3. | „Partner – nevhodnými komentáři“ |
| - | - | 4. | „Partner – má obdobné potíže, vyrovnává se těžko, spí občas i přes den“ |
| - | - | 5. | „Partner – snaží se umožnit co nejvíce prostoru na spaní“ |

Otázka č. 21: Pokud máte potíže se spánkem, jaké způsoby ke zlepšení spánku používáte nejčastěji?

Tabulka 20 - Způsoby ke zlepšení spánku

| Způsoby ke zlepšení spánku | Jednosměnný provoz | | Nepřetržitý provoz | | Celkem | |
|---------------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. | Absolutní čet. | Relativní čet. |
| Sport | 2 | 6% | 3 | 9% | 6 | 9% |
| Relaxační techniky | 2 | 6% | 4 | 12% | 6 | 9% |
| Hudba | 0 | 0% | 1 | 3% | 1 | 1% |
| Četba | 9 | 25% | 11 | 33% | 20 | 29% |
| Teplá koupel | 2 | 6% | 2 | 6% | 4 | 6% |
| Přírodní produkty | 7 | 19% | 1 | 3% | 8 | 11% |
| Léky na spaní | 3 | 8% | 5 | 14% | 8 | 11% |
| Alkohol | 3 | 8% | 1 | 3% | 4 | 6% |
| Potíže se spánkem mám, ale neřeším je | 8 | 22% | 5 | 14% | 12 | 17% |
| Jiné | 0 | 0% | 1 | 3% | 1 | 1% |
| Celkem | 36 | 100% | 34 | 100% | 70 | 100% |



Graf 16 - Způsoby ke zlepšení spánku

Položka č. 21 byla určena pro zjištění, jaké způsoby používají sestry ke zlepšení jejich spánku. Za úkol měly vybrat pouze jednu položku z několika nabídnutých.

V jednosměnném provozu byla nejpočetnější kategorie „četba“, kterou uvedlo 9 (25%) sester, následovala kategorie „přírodní produkty“ v počtu 7 (19%) dotazovaných a 8 (22%) sester potíže se spánkem má, ale neřeší je. 3 (8%) dotazované užívají léky na spaní a stejně tak 3 (8%) sestry užívají alkohol. Relaxační techniky používají 2 (6%) sestry, 2 (6%) používají teplou koupel a stejný počet, tedy 2 (6%) dotazované používají ke zlepšení spánku sport. Žádná z respondentek nepoužívá hudbu ani jiné prostředky.

Ve skupině pracujících na směny jednoznačně vede kategorie „četba“ s 11 (33%) dotazovanými. Následuje skupina 5 (14%) sester, které mají potíže se spánkem, ale neřeší je a stejný počet sester, tedy 5 (14%) užívá léky na spaní. Relaxační techniky k navození spánku používají 4 (12%) sestry, „sport“ udávají 3 (9%) sestry. 2 (6%) dotazované používají teplou koupel. Pouze 1 (3%) dotazovaná používá k navození spánku hudbu, stejný počet, tedy 1 (3%) užívá přírodní produkty a 1 (3%) dotazovaná používá k navození spánku alkohol. Možnost v dotazníku „jiné“ zaškrtnula 1 (3%) dotazovaná, která uvedla odpověď „přečítávám básně“.

Otázka č. 22: Pokuste se bez větší cenzury odpovědět na tuto otázku: Co Vám nedá spát?

Položka č. 22, kde měly dotazované prostor pro vyjádření na otázku „Co Vám nedá spát?“, byla zodpovězena z celkového počtu 96 (100%) celkem 50x (52%). Následuje přehled všech odpovědí rozdělený do dvou skupin, které tvoří sestry jednosměnného provozu a sestry pracující v provozu nepřetržitém.

Jednosměnný provoz

Poruchy spánku: ne

1. „Vyšší teplota v místnosti“
2. „Hezká knížka“
3. „Vysoká teplota v místnosti“
4. „Problémy v zaměstnání, občas chrápání partnera“
5. „Současný stav ve zdravotnictví“

Poruchy spánku: ano

1. „Stres“
2. „Problémy“
3. „Nezaměstnaný manžel, málo financí“
4. „Stres v zaměstnání, rodině, finanční situace“
5. „Stresová situace v rodině – nemocný vnuk“
6. „„Světla“ budoucnost“
7. „Nemoc rodinných příslušníků: děti, manžel, rodiče, sourozenci, přátelé“
8. „Nedostatek financí, problémy s partnerem“
9. „Zvýšená fyzická, psychická aktivita ve večerních hodinách“
10. „Pracovní problémy, rodinné problémy“
11. „Nemoc v rodině, starosti v práci“
12. „Bolest kloubů“
13. „Někdy starosti, hluk z venku“
14. „Problémy se synem“
15. „Asi finanční problémy – dlouhou dobu jsem byla samoživitelka, určitě mi k dobrému spaní nepomůže zaměstnání – jsem ráda, že ho mám, ale někdy „za jakou cenu““

16. „Co bude následovat“
17. „Bolest zad“
18. „Psychická únava a starosti v zaměstnání, časté stresové situace, práce pod tlakem s minimálním personálem“
19. „Problémy se honí hlavou až po ulehnutí“
20. „Pracovní problémy, rodinné problémy, nemoc“
21. „Řešení jaký problém bude druhý den, obavy o osoby blízké“
22. „Současný stav zdravotnictví, vztahy mezi personálem“
23. „Poměry ve zdravotnictví“

Nepřetržitý provoz

Poruchy spánku: ne

1. „Nespravedlnost – jakákoliv“
2. „Tělesná nepohoda“
3. „Nejistá budoucnost“
4. „Sex“

Poruchy spánku: ano

1. „Noční můry, současná situace v zaměstnání, partnerské problémy, deprese“
2. „Dlouhodobá únava, nejistá pozice v zaměstnání, nepravidelný režim“
3. „Strach o zdraví nejbližších“
4. „Starosti o děti“
5. „Současná situace v naší nemocnici, propouštění apod.“
6. „Špatná situace naší nemocnici“
7. „Současná situace v nemocnici, vztahy s lékaři, někteří arogantní pacienti, v létě – o dovolených velké množství služeb, málo volna“
8. „Někdo mě vzbudí a pak už nejde usnout“
9. „Denní + noční směny přináší spánkové potíže, organismus si nezvykne. Zatím to neřeším, ale postupem času to asi udělám“
10. „Situace v naší nemocnici“
11. „Život“
12. „Starosti o rodinu, finanční starosti – strach o práci“

13. *„Stav našeho zdravotnictví! A společnosti“*
14. *„Nedořešené problémy“*
15. *„No coment“*
16. *„Problémy a únava v zaměstnání, moje osobní potíže, nejistota v zaměstnání, směnnost“*
17. *„Asi hektická doba“*
18. *„Starosti o blízké a představa budoucnosti“*

7.2 Hodnocení výsledků

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat, v jaké míře se vyskytují poruchy spánku u zdravotních sester.

Cíl č. 1: Porovnat výskyt poruch spánku u sester v jednosměnném a nepřetržitém provozu.

Cíl byl **splněn**. Problémy se spánkem trpí více sester (77%) z jednosměnného provozu. U sester z provozu nepřetržitého trpí poruchou spánku 69% dotazovaných (tab.č.10, graf č.10, str.58).

Cíl č. 2: U sester trpících poruchou spánku zjistit, které faktory ovlivňují jejich spánek nejvíce.

Cíl byl **splněn**. U sester v jednosměnném provozu, které trpí poruchou spánku, je jejich spánek nejvíce ovlivňován problémy v zaměstnání (28%), u sester v nepřetržitém provozu, které trpí poruchou spánku, je jejich spánek ovlivňován zejména směnným provozem (56%) (tab.č.13, graf č.13, str.64).

Cíl č. 3: Zjistit, zda sestry trpící poruchou spánku navštívily s tímto problémem lékaře.

Cíl byl **splněn**. Lékaře navštívilo 8% sester z jednosměnného provozu a 3% sester pracujících na směny (tab.č.14, graf č.14, str.66).

Cíl č. 4: Zjistit, jaké způsoby ke zlepšení spánku používají sestry trpící poruchou spánku nejvíce.

Cíl byl **splněn**. 25% sester v jednosměnném provozu používá jako nejčastější způsob ke zlepšení spánku četbu (25%), také sestry v nepřetržitém provozu používají jako nejčastější způsob ke zlepšení spánku četbu (33%) (tab.č.20, graf č.16, str.70).

7.3 Diskuze

Ke zpracování této bakalářské práce jsem použila celkem 96 vyplněných dotazníků od sester pracujících v nemocnici Nové Město na Moravě. Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků. Pro výzkum bylo použito 96 dotazníků, z nichž 47 tvořily sestry pracující v jednosměnném provozu a 49 dotazníků sestry v provozu nepřetržitém.

Z výzkumu vyplynulo, že v jednosměnném provozu pracují v nejmenším počtu sestry ve věkové kategorii 20-29 let (4%), nejvíce sester je ve věku nad 50 let (47%). Přesně naopak je tomu v provozu nepřetržitém, kde pracuje sester ve věku nad 50 let nejméně (8%). Sestry v nepřetržitém provozu jsou nejčastěji ve věku 40-49 let (49%). Tyto údaje napovídají, že věk zdravotních sester je poměrně vysoký. Nejpočetnější skupinu tvoří sestry ve věku 40-49 let (40%).

Celková délka praxe ve zdravotnictví a délka praxe v nepřetržitém provozu zkoumaného souboru sester tyto výsledky potvrzuje. Nejvíce sester (51%) pracuje ve zdravotnictví 20 let a více. Jak ukazuje tabulka č.2 a graf č.2 na str.46, zejména v jednosměnném provozu je počet sester s délkou praxe nad 20 let nejvyšší (68%), naopak sestry s délkou praxe 5-9 let se v této skupině neobjevily žádné. Sestry pracující na směny pracují v nepřetržitém provozu nejčastěji 10-19 let (39%), více než 20 let pracuje na směny 27% sester. Tyto výsledky potvrzuje výzkum Jany Hlaváčkové (2009) v bakalářské práci „Sestry a spánek“, která se zde mimo jiné zamýšlí, zda jsou příčinou vysokého věku sester v jednosměnném provozu vyšší fyzické i psychické nároky na sestry u lůžka nebo zhoršená schopnost adaptace na směnný provoz a v důsledku těchto faktorů odliv sester ze směnného provozu. Dle Hlaváčkové (2009) pracuje v jednosměnném provozu 21 a více let 47,4% sester.

Vysoký věk sester může také souviset s personální a stále se zhoršující ekonomickou situací nemocnice, ve které byl výzkum prováděn. Žádná z dotazovaných není ve věku pod 20 let, což jen potvrzuje skutečnost, že do pracovního poměru nejsou přijímány absolventky zdravotních škol a velmi nízký počet (8%) sester pracujících v nemocnici méně než 5 let situaci dokresluje.

Další část výzkumu byla určena ke zjištění sociálního zázemí sester. Nejvíce dotazovaných (78%) je vdaných a žijí společně s manželem. 11% sester je svobodných. Epidemiologické studie naznačují vyšší výskyt nespavosti u rozvedených a ovdovělých (Šonka, Pretl, 2009, str.13). Ze zkoumaného souboru tvoří rozvedené sestry 9%, vdova

není ani jedna z dotazovaných. Na dotaz týkající se partnera odpovědělo „ano“ celých 93% respondentek. Je tedy určitý předpoklad, že tato skupina sester má větší sociální a emocionální podporu ze strany manžela či partnera, což může kladně ovlivňovat překonávání těžkostí a s tím související kvalitu spánku. Ovšem v případě, kdy je partnerský život neuspokojivý, tomu může být právě naopak.

Položka v dotazníku č.7 zjišťovala u sester, které mají děti, v jakém věku je nejmladší z nich (tab.č.7, graf č.7, str.52). U pracujících sester, které mají dítě ve školním věku, anebo mladší, lze předpokládat narušení kvality spánku z důvodů péče o malé dítě, která je spojena s nočním vstáváním a mnohdy i pozdním uléháním. Z celkového počtu 96 respondentek odpovědělo 61 (64%) sester, mají tedy dítě ve školním věku a mladší, nebo děti nemají. Z celkového počtu 61 dotazovaných pečují nejčastěji dotazované o dítě ve školním věku 34 (56%). U sester v nepřetržitém provozu jsou malé děti zastoupeny ve větším počtu, což pravděpodobně souvisí s věkem dotazovaných, který je ve srovnání se skupinou sester v jednosměnném provozu nižší, vzorek sester starších než 50 let tvoří pouhých 8% respondentek. V jednosměnném provozu děti nemá 33% sester a také žádná z této skupiny nepečuje o dítě mladší 3 let oproti sestrám na směny, z nichž 2 (5%) mají dítě mladší než 3 roky. Ve srovnání s výsledky položky č. 13, která mapuje faktory ovlivňující spánek je patrné, že sestry nepocítují výrazný vliv péče o děti na jejich spánek. Odpověď „problémy s jinými členy rodiny“, do které lze zahrnout i péči o děti, jako faktor nejvíce ovlivňující spánek, uvedlo více (14%) sester z jednosměnného provozu oproti 12% sester pracujících na směny. Lze tedy předpokládat, že by případná možnost odpovědi u této otázky „péče o děti“ byla zastoupena v ještě nižším počtu.

V otázce bydlení (tab.č.8, graf č.8, str.54) byl jednoznačně největší počet dotazovaných žijících ve vlastním domě (41%) a vlastním bytě (42%). Nejistota spojená s bydlením v pronájmu (2%) nebo na ubytovně (2%) může negativně ovlivňovat spánek dotazovaných.

Položka č. 9 zjišťovala, jaké mají sestry podmínky pro spánek. Největší skupinu tvoří sestry spící s jednou osobou v místnosti (73%), naopak nejmenší (8%), spící společně s více osobami (tab.č.9, graf č.9, str.56). Dotazované sdílející místnost pro spánek s více osobami mohou být jejich přítomností rušeny, ale naopak, pro některé může být přítomnost jiných osob, například partnera nutností, která jim pomáhá k navození klidného spánku.

Položka č. 10 byla určena ke zmapování, v jaké míře pocítují sestry poruchy spánku (tab.č.10, graf č.10, str.58). Dle epidemiologických studií byl výskyt nespavosti v roce 2008 v Evropě 41%. (Borzová, 2009, str.32), různé symptomy insomnie postihují 4-48% populace. (Šonka, Pretl, 2009, str.13) Ještě závažnější může být situace u jedinců pracujících na směny. Dle Nevšimalové (2007) jsou u 50-65% osob ve směnném provozu pozorovány poruchy usínání, kontinuity spánku a následná ospalost během dne. Výzkumy dokazující negativní důsledky směnného provozu na organismus a sníženou adaptabilitu na směnný provoz ve vyšším věku svádí k předpokladu, že poruchami spánku budou trpět více sestry pracující ve směnném provozu, což potvrzuje výzkum Hlaváčkové (2009): problémy se spánkem ve směnném provozu pocítuje 51,5% sester, u sester v jednosměnném provozu je to však pouhých 17,5%. Marika Zemanová (2008) ve svojí bakalářské práci „Nespavost – strašák ložnic“ zjišťovala výskyt spánkových poruch u populace v produktivním věku. Zjistila, že 64,5% dotazovaných má problémy s nespavostí. Tento výsledek se přibližuje výsledku mého výzkumu, kdy z celého vzorku dotazovaných (96) má problémy se spánkem 73% sester.

Značně překvapující je však výskyt spánkových poruch u sester v jednosměnném provozu. Problémy se spánkem pocítilo 77% dotazovaných. V nepřetržitém provozu je tento počet nižší, poruchy spánku udává 69% respondentek. Problémy se spánkem u sester v jednosměnném provozu mohou vznikat v důsledku problémů, které souvisí s vyšším věkem, neboť 47% dotazovaných sester v tomto souboru je ve věku nad 50 let, další velkou skupinu (30%) tvoří sestry ve věku 40-49 let. Délka praxe dokresluje tuto hypotézu, 68% sester v jednosměnném provozu pracuje ve zdravotnictví déle než 20 let. Ke stejnému závěru, kdy se objevil větší výskyt spánkových poruch u sester v jednosměnném provozu než u sester pracujících na směny, dospěla v bakalářské práci „Životní styl všeobecných sester“ Petra Mouchová (2013), která prováděla výzkum u sester v jednosměnném a nepřetržitém provozu ve Fakultní nemocnici v Motole. Výsledek týkající se poruch spánku si vysvětluje věkovým rozdílem mezi oběma skupinami respondentek, nadpoloviční většina sester v jednosměnném provozu je dle jejího výzkumu ve věku 46 let a více. Je známé, že prevalence insomnie stoupá s věkem. V souvislosti s vyšším věkem a délkou praxe můžeme předpokládat nárůst zdravotních problémů a jejich následkem častější výskyt spánkových poruch. U položky č. 22 měly sestry možnost volně odpovědět na otázku „Co Vám nedá spát?“ Z odpovědí zpracovaných v přehledu na str.72-73 je zřejmé, že

také situace ve zdravotnictví, problémy v práci nebo např. vztahy na pracovišti mají negativní dopad na kvalitu spánku sester. Pokud bychom hledali souvislost tak vysokého výskytu spánkových poruch s faktory ovlivňujícími spánek, které sestry uváděly v dotazníku, je zajímavé, že sestry v jednosměnném provozu uvedly nejčastěji „problémy v zaměstnání“, u pracujících na směny se však tato odpověď neobjevila ani jednou. Tento výsledek byl z mého pohledu překvapující a dle mého názoru by tato skutečnost mohla být předmětem dalšího výzkumu.

Potíže se spánkem trvající déle než 6 měsíců uvedlo 84% sester jednosměnného provozu a 76% provozu nepřetržitého (tab.č.12, graf č.12, str.62). Pokud se potíže se spánkem objevují déle než 1 měsíc alespoň třikrát týdně, můžeme hovořit o chronické insomnii. V dotazníku neměly respondentky možnost pro vyjádření, jaká je týdenní četnost jejich obtíží, ale i přesto je zřejmé, že velká většina sester problémy se spánkem subjektivně pocítuje. Jak ukazuje tabulka č.11 na str.60 a graf č.11 na str.60, sestry nejčastěji trpí pocity nedostatečnosti spánku (20%), následuje pocit ospalosti, únava nebo zhoršení pracovních schopností během dne (16%). Skutečnost, že u těchto dotazovaných je určitá pravděpodobnost výskytu insomnie, dokresluje velký počet sester, které mají obtíže s usínáním (16%). Opakované probouzení během spánku (15%) to jen potvrzuje.

Dle Hlaváčkové (2009) považuje 63,5% sester jako jednu z příčin svých potíží se spánkem střídání směn. Výsledky mého výzkumu to potvrzují (tab.č.13, graf č.13, str.64), sestry v nepřetržitém provozu nejčastěji (56%) uvádějí z faktorů nejvíce ovlivňujících jejich spánek směnný provoz. Sestry v jednosměnném provozu mají problémy se spánkem nejčastěji v důsledku problémů v zaměstnání (28%). U obou skupin se na druhém místě objevují nevhodné zvyky. V jednosměnném provozu je to 22%, v nepřetržitém 14% dotazovaných. Tyto výsledky vedou k zamyšlení, v jakém rozsahu sestry ovládají pravidla spánkové hygieny a v jaké míře, pokud vůbec, tyto zásady dodržují. Dle Hlaváčkové (2009), která se pokusila ve své práci zmapovat přístup sester k zásadám zdravého spánku, zná pojem „spánková hygiena“ 78,9% sester z jednosměnného provozu a 65,1% sester pracujících na směny.

Bohdana Střechová (2008) ve své práci „Nespavost“ prováděla výzkum u populace v produktivním věku a jedním z cílů bylo zjistit, zda respondenti trpící nespavostí navštívili lékaře. Jednoznačná odpověď „ne“ dokazuje skutečnost, jak jsou poruchy spánku u lidí trpících těmito potížemi podceňovány.

Dle výsledků mého výzkumu se svými poruchami spánku lékaře nikdy nenavštívilo 92% sester pracujících v jednosměnném provozu a 97% sester z provozu nepřetržitého (tab.č.14, graf č.14, str.66). Dle odpovědí zpracovaných v tabulce č.15, 16 a 17 na str.67 je patrné, že specialisté z oboru psychologie a psychiatrie apelují zejména na pravidelný režim, dodržování spánkové hygieny, a léčba je dále doplněna farmakologickými preparáty. V případě praktických lékařů dotazované uvádí jako doporučení pouze léky: antidepresiva, uklidňující léky. Z těchto výsledků lze předpokládat, že lékaře navštívily sestry trpící poruchou spánku v důsledku psychických problémů. Je ovšem otázkou, zda je v jejich případě porucha spánku důsledkem nějaké psychické poruchy, nebo psychická porucha vznikla v důsledku nespavosti.

Insomnie se ve velké míře vyskytuje téměř u všech psychiatrických onemocnění a bývá obtížné rozlišit, zda insomnie duševní poruše předchází, anebo vzniká jako její následek. Dle epidemiologických studií se u pacientů s chronickou insomnií vyskytují ve větší míře psychické poruchy – deprese až 10x častěji a úzkost 17x častěji (Piško, 2012). Pro sestry trpící poruchou spánku by tato fakta mohla vést k zamyšlení, jak je důležité potíže se spánkem včas řešit. Za pozitivní považují fakt, že jsou mezi sestrami i takové, které své potíže se spánkem nepodceňují, o svých problémech jen nemluví, ale snaží se je řešit, i když je jejich procento (6%) tak malé. Poněkud optimističtější jsou výsledky výzkumu Zemanové (2008), která prováděla výzkum u lidí v produktivním věku. Lékaře pro své problémy se spánkem navštívilo 27,8% jedinců, kteří trpí trvalými potížemi se spánkem.

Z výzkumu dále vyplynulo, že nejčastěji trpí poruchami spánku dotazovaných jejich partner (tab.č.19, str.69).

Pokud bychom se zaměřili na způsoby, které sestry používají ke zlepšení spánku, je možné u sester předpokládat zvýšenou spotřebu léků pro jejich snadnou dostupnost. Potěšující je zjištění, že sestry užívají k navození spánku léky na spaní v poměrně malém počtu (11%), nejčastěji užívaným způsobem ke zlepšení spánku je četba (29%). Méně optimistické jsou výsledky výzkumu, že 17% sester potíže se spánkem má, ale neřeší je, což jen potvrzuje, jak málo se sestry svým spánkem zabývají.

Poslední otázka nabízela všem respondentkám možnost pro vyjádření na otázku „Co Vám nedá spát?“. Odpovědi dotazovaných zpracované v přehledu na str.72-74 jednoznačně potvrzují, jak je spánek sester negativně ovlivňován zejména současnou situací ve zdravotnictví, poměry v nemocnici a pracovními problémy.

Dotazníkové šetření bylo prováděno na pracovišti, a proto lze předpokládat, že vliv pracovního prostředí se projeví také v odpovědích dotazovaných sester. Na základě výsledku výzkumu lze prohlásit, že práce ve zdravotnictví vykazuje nadprůměrný výskyt poruch spánku u sester. Výzkum ve svém rozsahu ovšem nebyl schopen detailně odlišit faktory, které jednoznačně souvisí pouze se zdravotnictvím a faktory obecně ovlivňující profese se směnným provozem. Na základě výzkumu nelze jednoznačně prohlásit, že právě třeba faktor „směnný provoz“ je u zdravotních sester více zatěžující než směnný provoz v jiných profesích s nepřetržitým provozem.

Závěr

Již na počátku mého výzkumu jsem byla mile překvapena zájmem sestřiček o toto téma, které se potvrdilo velkou návratností dotazníků. Při distribuci dotazníků na mé domovské oddělení zděšení sestřiček „už zase“ vystřídalo nadšení jedné kolegyně, která mne po vyplnění dotazníku se slovy „konečně se někdo zajímá i o nás“ utvrdila v dobré volbě tématu.

Spánek je základní biologickou potřebou člověka, ale v životě člověka přicházejí i situace, které nás o spánek ochuzují, nebo jeho kvalitu zhoršují a tato základní potřeba není úplně uspokojena. Člověk je schopen bez vážnějších problémů přechodnou spánkovou deprivaci zvládnout, ale nesmí trvat příliš dlouho. Potom může vzniknout závažný problém, jehož náprava může být časově velmi náročná. Spánek zdravotních sester, který byl předmětem mého výzkumu, je ovlivňován mnoha faktory, které jejich tolik potřebný spánek narušují. Z výzkumu vyplynulo, že sestry v jednosměnném provozu trápí nejvíce problémy spojené se zaměstnáním, spánek sester v nepřetržitém provozu negativně ovlivňuje především směnný provoz.

Mnoho bylo napsáno o osobnosti zdravotní sestry, která by měla se zájmem a úctou, obdařena empatií a opravdovostí pečovat o pacienty, uspokojovat jejich základní potřeby, ale kdo se zajímá o potřeby zdravotních sester? Nekonečná řada vzdělávacích seminářů a přednáškových akcí je zaměřena především na ošetrovatelskou problematiku, která je stále více zdokonalována, úroveň ošetrovatelské péče zvyšována. Potřeby sester však stále zůstávají někde v pozadí a reakce výše zmíněné kolegyně to jen potvrzuje. A jejich spánek? Výsledky této práce jasně ukazují na alarmující výskyt spánkových poruch u zdravotních sester. Z celého souboru dotazovaných subjektivně pociťuje poruchy spánku 73% respondentek. U sester v jednosměnném provozu je to 77%, u sester pracujících na směny 69%. Spánkové problémy u sester jsou dlouhodobé, potíže déle než 6 měsíců udává 80% respondentek.

Výzkum dále potvrdil, že z celého souboru sester s poruchami spánku navštívilo lékaře pouhých 6% dotazovaných.

Prostřednictvím dotazníkového šetření byly sestry nucené se na chvíli zamyslet nad svým spánkem, zejména pro dotazované pociťující poruchy spánku to byl možná první krůček k tomu, aby začaly o svém spánku více přemýšlet a pokusily se o nápravu. Tato práce by měla sestrám pomoci najít cestu ke zdravému spánku a tím

i kvalitnějšímu životu. Zejména u sester v nepřetržitém provozu je dodržování zásad spánkové hygieny nutností, která může rizika spojená s prací na směny snížit. A proč je spánek sester v jednosměnném provozu v tak velké míře ovlivňován problémy v zaměstnání, je možná otázkou pro zaměstnavatele.

Anotace

| | |
|-----------------------|---|
| Autor: | Květoslava Mrázková |
| Institute: | Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství |
| Název práce: | Poruchy spánku u zdravotních sester |
| Vedoucí práce: | MUDr. Lubomír Hadaš, Ph.D. |
| Počet stran: | 97 |
| Počet příloh: | 2 |
| Rok obhajoby: | 2013 |
| Klíčová slova: | spánek, poruchy spánku, zdravotní sestra, směnný provoz |

Bakalářská práce je zaměřena na téma poruch spánku u zdravotních sester. Teoretická část přibližuje téma spánek, insomnie, různé možnosti léčby spánkových poruch. Poukazuje na některé faktory, kterými může být spánek zdravotních sester ovlivňován, na důsledky spojené s nedostatkem spánku a možná rizika spojená s prací v nepřetržitém provozu. Cílem empirické části bylo zmapovat výskyt spánkových poruch u zdravotních sester prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Dotazníkové šetření bylo provedeno v nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. u sester pracujících v jednosměnném a nepřetržitém provozu.

Annotation

| | |
|-------------------------------|--|
| Author: | Květoslava Mrázková |
| Institution: | Department of Social Medicine, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Nursing Care |
| Title of the work: | Sleep disorders of nurses |
| Supervisor: | MUDr. Lubomír Hadaš, Ph.D. |
| Number of pages: | 97 |
| Number of attachments: | 2 |
| Year of defence: | 2013 |
| Key words: | sleep, sleep disorders, nurse, continuous operation |

The bachelor work is focused on the topic of sleep disorders among nurses. Theoretical part approaches the topic of: sleep, insomnia and various treatment options of sleep disorders. The bachelor work highlights: some of the factors which can influence sleep of nurses, the consequences associated with the lack of sleep and risks associated with working in continuous operation. The aim of the empirical part is to map the incidence of sleep disorders among nurses through quantitative research. The questionnaire survey was conducted at hospital in Nové Město na Moravě with nurses who are working in one shift and continuous operation.

Použitá literatura a prameny

Bibliografické zdroje

BORZOVÁ, C. A KOLEKTIV. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 144s. ISBN 978-80-247-2978-7

IDZIKOWSKI, CH. *Jak na to/ Zdravý spánek*. Praha: Slovart, s.r.o., 2012. 160s. ISBN 978-80-7391-545-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 192s. ISBN 80-7169-121-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 280s. ISBN 978-80-7367-568-4

KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres / Příručka pro duševní pohodu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128s. ISBN A978-80-247-3149-0

LAVERY, S. *Léčivá síla spánku*. 1.vyd. Praha: Knižní klub, 1998. 160s. ISBN 80-7176-656-9. Ve spolupráci s nakladatelstvím Svojtka a Vašut, 1998. ISBN 80-7180-414-2

NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. a kol. *Poruchy spánku a bdění*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. 345s. ISBN 978-80-7262-500-0

PALAZZOLO, J. *Nespavost-zbavte se jí navždy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 128s. ISBN 978-80-247-2286-3

PISKÁČKOVÁ, Z., FOREJT, M., MARTYKÁNOVÁ, L. Současné poznatky o vztahu spánku a obezity. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. ISSN 0008-7335. 2012. Roč.151, č.6, str.279-284

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 288s. ISBN 978-80-247-3557-3

PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost* 1.vyd.Praha: Portál, s.r.o., 2004. 104s. ISBN 80-7178-919-4

PRUSÍNSKI, A. *Nespavost a jiné poruchy spánku.* Přeložil Jan Hugo; upravil doplnil Karel Šonka. 3.svazek v edici MEDICA. Praha: Maxdorf, 1993. 81s. ISBN 80-85800-01-2

SMOLÍK, P., Pretl, M., Konštacký, S. *Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích pro praktické lékaře*, 12s. ISBN 978-80-86998-45-9

ŠONKA, K., PRETL, M. *Nespavost / Průvodce ošetřujícího lékaře.* Praha: Maxdorf, 2009. 112s. ISBN 978-80-7345-203-2

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi / Syndrom vyhoření, mobbing, bossing.* 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 192s. ISBN 978-80-247-3174-2

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie/teorie/praktická cvičení.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5

Elektronické zdroje

DOBRY-SPANEK.CZ. *Několik rad, jak lépe snášet práci na směny*. [online]. [cit. 2013–05–15]. Dostupné z: <<http://www.dobry-spanek.cz/novinky/nekolik-rad-jak-lepe-snaset-praci-na-smeny-205>>

HLAVÁČKOVÁ, J. *Sestry a spánek*. [online]. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2009. 76s. [cit. 2013–07–25]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/214758/lf_b/Bakalarska_prace.pdf>

ILLNEROVÁ, H., SUMOVÁ, A. *Vnitřní časový systém*. [online]. s.224-227. [cit. 2013-05-02]. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/06.pdf>>

MOUCHOVÁ, P. *Životní styl všeobecných sester*. [online]. Bakalářská práce obhájená na 2. Lékařské fakultě Karlovy Univerzity v Praze v r. 2013, 115s. [cit. 2013–07–25]. Dostupné z: <<https://is.cuni.cz/webapps/UKSESSIOND140CC48592E957D23EB046CFD6A8236/zp/detail/123009/?lang=cs&file=130098276>>

NEVŠÍMALOVÁ, S. *Melatonin, jeho klinické účinky a využití v léčbě*. [online]. [cit. 2013–05–02]. Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/18316-melatonin-jeho-klinicke-ucinky-a-vyuziti-v-lecbe>>

NEVŠÍMALOVÁ, S. *Poruchy spánku a civilizační choroby. Postgraduální medicína*. [online]. [cit. 2013–05–07]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-spanku-a-civilizacni-choroby-167125>>

NEVŠÍMALOVÁ, S. *Poruchy spánku*. [online]. [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-spanku-383319>>

NOVÁKOVÁ, L. *Falešné náhražky spánku*. [online]. [cit. 2013–05–12]. Dostupné z: <<http://psychologie.cz/falesne-nahrazky-spanku/>>

NOVÁKOVÁ, L. *Osm a čtvrt hodiny*. [online]. [cit. 2013-05-14]. Dostupné z: <<http://psychologie.cz/osm-ctvrt-hodiny/>>

PIŠKO, J. *Chronická insomnia a psychické poruchy*. [online]. [cit. 2013-08-10]. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/03.pdf>>

REMEDIA.CZ. [online]. [cit. 2013-08-20]. Dostupné z: <<http://www.remedia.cz/Clanky/Aktuality/Melatonin-a-lecba-nespavosti/6-E-jA.magarticle.aspx>>

SILENT-VOICE.WEBNODE.CZ. *Mozkové vlny*. [online]. [cit. 2013-07-25]. Dostupné z: <<http://silent-voice.webnode.cz/rezonance-frekvence/mozkove-vlny/>>

SLEEP-SOCIETY.CZ. [online]. [cit. 2013-07-02]. Dostupné z: <<http://www.sleep-society.cz/csvssm/charakteristika.html>>

SLEEPTRACKER.CZ. [online]. [cit. 2013-08-20]. Dostupné z: <<http://www.sleeptracker.cz/jak-to-funguje/>>

STRUNECKÁ, A. *Melatonin-hormon tmy a spánku*. [online]. (cit. 2013-05-02). Dostupné z: <<http://www.celostnimedicina.cz/melatonin-hormon-tmy-a-spanku.htm>>

STŘECHOVÁ, B. *Nespavost*. [online]. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008. 81s. [cit. 2013-07-25]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/170840/lf_b/bakalarska_prace_strechova.pdf>

VODARENSTVÍ.CZ. *Lékaři opět varují před účinky energetických nápojů*. [online]. [cit. 2012-05-15]. Dostupné z: <<http://www.vodarenstvi.cz/clanky/lekari-opet-varuji-pred-ucinky-energetickych-napoju>>

ZEMANOVÁ, M. *Nespavost-strašák ložnic*. [online]. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008, 75s. [cit. 2013-07-25]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/142486/lf_b/Nespavost_-_strasak_loznic.pdf>

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf 1 - Věk..... | 44 |
| Graf 2 - Délka praxe | 46 |
| Graf 3 - Pracovní provoz..... | 47 |
| Graf 4 - Délka praxe v nepřetržitém provozu..... | 48 |
| Graf 5 - Rodinný stav..... | 49 |
| Graf 6 - Partner | 51 |
| Graf 7 - Nejmladší dítě..... | 52 |
| Graf 8 - Současné bydlení | 54 |
| Graf 9 - Podmínky pro spánek..... | 56 |
| Graf 10 - Problémy se spánkem | 58 |
| Graf 11 - Druh spánkových potíží | 60 |
| Graf 12 - Délka trvání potíží se spánkem..... | 62 |
| Graf 13 - Faktory ovlivňující spánek | 64 |
| Graf 14 - Návštěva u lékaře..... | 66 |
| Graf 15 - Poruchy spánku u blízkých | 68 |
| Graf 16 - Způsoby ke zlepšení spánku..... | 70 |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 - Věk | 44 |
| Tabulka 2 - Délka praxe | 46 |
| Tabulka 3 - Pracovní provoz | 47 |
| Tabulka 4 - Délka praxe v nepřetržitém provozu | 48 |
| Tabulka 5 - Rodinný stav | 49 |
| Tabulka 6 - Partner | 51 |
| Tabulka 7 - Nejmladší dítě | 52 |
| Tabulka 8 - Současné bydlení..... | 54 |
| Tabulka 9 - Podmínky pro spánek | 56 |
| Tabulka 10 - Problémy se spánkem..... | 58 |
| Tabulka 11 - Druh spánkových potíží..... | 60 |
| Tabulka 12 - Délka trvání potíží se spánkem | 62 |
| Tabulka 13 - Faktory ovlivňující spánek | 64 |
| Tabulka 14 - Návštěva u lékaře | 66 |
| Tabulka 15 – Návštěva lékaře | 67 |
| Tabulka 16 - Doporučení lékaře | 67 |
| Tabulka 17 - Efekt doporučení nebo léčby | 67 |
| Tabulka 18 - Poruchy spánku u blízkých..... | 68 |
| Tabulka 19 - Blízcí trpící poruchou spánku | 69 |
| Tabulka 20 - Způsoby ke zlepšení spánku | 70 |

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 - Mozkové vlny | 11 |
| Obrázek 2 - Fáze spánku | 13 |
| Obrázek 3 - Křivka sekrece melatoninu u člověka v závislosti na věku | 15 |
| Obrázek 4 - Křivka sekrece melatoninu u člověka v závislosti na denní době | 15 |

Seznam příloh

| | |
|---|----|
| Příloha 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření..... | 93 |
| Příloha 2 - Dotazník..... | 94 |

Přílohy

Příloha 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní,
Jiřina Poulová
Náměstkyně ošetrovatelské péče nemocnice Nové Město na Moravě p.o.
Žďárská 610
Nové Město na Moravě
592 31

V Novém Městě na Moravě dne 14.5.2013

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici Nové Město na Moravě p.o.

Vážená paní Poulová,
Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření zdravotních sester v nemocnici Nové Město na Moravě. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který bude sloužit pouze jako podklad k mojí bakalářské práci na téma: Poruchy spánku u sester. Dotazník přikládám k žádosti.
Práce bude zpracována pod odborným vedením MUDr. Lubomíra Hadaše, Ph.D.
Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.
Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Květoslava Mrázková
studentka bakalářského studia LF UK Hradec Králové
Studijní obor: ošetrovatelství

Kontaktní adresa:
Květoslava Mrázková
Purkyňova 724
592 31 Nové Město na Moravě
Tel: 737 474 283
E-mail: kveta.mrazkova@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:

☒ Souhlasím
☐ Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 24.5.2013

Podpis, razítko:

Příloha 2 - Dotazník

Vážené kolegyně,

Jmenuji se Květa Mrázková, jsem studentkou bakalářského studia Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor ošetrovatelství. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mojí bakalářské práci na téma: „Poruchy spánku u zdravotních sester“.

Veškeré údaje budou zcela anonymní a budou použity výhradně ke zpracování této práce. Proto prosím odpovězte pravdivě.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

U každé otázky prosím zakroužkujte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Kolik je Vám let?
 - a) Méně než 20 let
 - b) 20-29 let
 - c) 30-39 let
 - d) 40-49 let
 - e) Více než 50 let

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - a) Méně než 5 let
 - b) 5-9let
 - c) 10-19 let
 - d) 20 let a více

3. V jakém provozu pracujete?
 - a) jednosměnný
 - b) nepřetržitý

4. Pokud pracujete ve směnném provozu, jak dlouho?
 - a) Méně než 5 let
 - b) 5-9let
 - c) 10-19 let
 - d) 20 let a více

5. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a) Svobodná
 - b) Vdaná (žiji společně s manželem)
 - c) Vdaná (s manželem žiji odděleně)
 - d) Rozvedená
 - e) Vdova

6. Máte partnera?
- Ano
 - Ne
7. Pokud máte děti, nejmladší z nich
- Má méně než 3 roky
 - Je v předškolním věku
 - Je ve školním věku
 - Nemám děti
8. Bydlení
- Ubytovna
 - S rodiči v bytě
 - S rodiči v rodinném domě
 - V pronájmu
 - Vlastní byt
 - Vlastní dům
9. Jaké máte podmínky pro spánek?
- Spím v místnosti sama
 - Spím v místnosti s jednou osobou
 - Spím v místnosti s více osobami
10. Pociťovala jste někdy problémy se spánkem?
- Ano
 - Ne
11. Pokud ano, trpíte některými z těchto potíží?

| | | |
|--|-----|----|
| Obtížné usínání | Ano | Ne |
| Opakované probouzení v průběhu spánku (3x za noc a více) | Ano | Ne |
| Probouzení v průběhu spánku a obtížné opětovné usínání | Ano | Ne |
| Předčasné ranní probouzení, nemožnost opětovného usnutí | Ano | Ne |
| Spánek je neklidný, neosvěžující | Ano | Ne |
| Pocit ospalosti, únava nebo zhoršení pracovních schopností během dne | Ano | Ne |
| Pocit nedostatečnosti spánku | Ano | Ne |

12. Jak dlouho trvají Vaše potíže se spánkem?
- Několik nocí – 1 měsíc
 - 1-6 měsíců
 - Více než 6 měsíců
 - Nemám potíže se spánkem
13. Kterými faktory je Váš spánek dle Vašeho názoru ovlivněn nejvíce?
- Problémy v zaměstnání
 - Směnný provoz
 - Můj zdravotní stav
 - Partnerské problémy
 - Problémy s jinými členy rodiny
 - Finanční problémy
 - Nevhodné zvyky (černá káva, cvičení před usnutím, spaní během dne, zvýšený stres před usnutím apod.)
 - Hlasité chrápání partnera
 - Nemám potíže se spánkem
 - Jiné (uveďte).....
14. Pokud máte potíže se spánkem, navštívila jste lékaře?
- Ano
 - Ne
 - Nemám potíže se spánkem
15. Pokud jste navštívila lékaře, jakého?
- Praktický lékař
 - Specializovaná poradna
 - Spánková laboratoř
 - Jiné (uveďte).....
16. Co Vám lékař doporučil?(doplňte)
-
-
-
17. Jaký byl efekt doporučení nebo léčby? (doplňte)
-
-
-
18. Trpí někdo z Vašich blízkých Vaší poruchou spánku?
- Ano
 - Ne
 - Nemám potíže se spánkem

19. Pokud ano, kdo nejvíce?

- a) Partner
- b) Děti
- c) Jiné (uveďte).....

20. Jakým způsobem se s Vaší poruchou spánku vyrovnáváte? (doplňte)

.....
.....

21. Pokud máte potíže se spánkem, jaké způsoby ke zlepšení spánku používáte nejčastěji?

- a) Sport
- b) Relaxační techniky
- c) Hudba
- d) Četba
- e) Teplá koupel
- f) Přírodní produkty (bylinkové čaje, potravní doplňky, homeopatika apod.)
- g) Léky na spaní
- h) Alkohol
- i) Potíže se spánkem mám, ale neřeším je
- j) Nemám potíže se spánkem
- k) Jiné (uveďte).....

22. Pokuste se odpovědět bez větší cenzury na tuto otázku: Co Vám nedá spát?

.....
.....
.....
.....